



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON DEPRESION

Línea de investigación:
Salud mental

Trabajo académico para optar el Título de Segunda Especialidad en Terapia Cognitiva
Conductual

AUTOR:

Gutiérrez Huanca, Juan Carlos

ASESOR:

Vicente Eugenio Mendoza Huamán

JURADO:

Vallejos Flores, Miguel
Correa Aranguren, Iris Gladys
Campana Cruzado, Frey

Lima- Perú

2022

Dedicatoria

A mis padres que están en el cielo, seres queridos y amigos que siempre me apoyan en mi crecimiento personal.

Agradecimiento

A mis profesores que me han enseñado Terapia Cognitivo Conductual en la Universidad Nacional Federico Villarreal durante mis años de formación de pre y postgrado.

A los diferentes maestros, colegas y amigos que he conocido en mi formación académica y profesional, A mis informantes del presente estudio de caso Miguel Vallejos, Iris Correa y Frey Campana, muy agradecido por sus alcances y recomendaciones en la elaboración de este trabajo académico. A Vicente Mendoza, Asesor de este estudio de caso, una excelente persona y un ejemplo de profesional.

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Lista de tablas	vi
Lista de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	10
1.1.Descripción del problema	11
1.2.Antecedentes	14
1.2.1. Antecedentes nacionales	14
1.2.2. Antecedentes internacionales	16
1.2.3. Fundamentación teórica	19
1.3.Objetivos	33
1.3.1. Objetivo General	33
1.3.2. Objetivos específicos	33
1.4.Justificación	33
1.5.Impactos esperados del trabajo académico	34
II. Metodología	35
2.1. Tipo y diseño de investigación	35
2.2. Ámbito temporal y espacial	35
2.3. Variables de investigación	35
2.2.1. Variable dependiente	35
2.2.2. Variable independiente	36
2.4. Participante	36
2.5. Técnicas e instrumentos	36
2.6. Evaluación psicológica	39
2.6.1. Historia personal	39
2.6.2. Instrumentos psicológicos aplicados	44
2.6.3. Informe psicológico	47
2.6.4. Análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica,	51

conclusión diagnóstica y recomendaciones (para el usuario y familia)	
2.7. Intervención	53
2.7.1. Plan de intervención	53
2.7.2. Programa de intervención	55
III. Resultados	74
3.1. Análisis de resultados	74
3.2. Discusión de resultados	84
3.3. Seguimiento	85
IV. Conclusiones	86
V. Recomendaciones	87
VI. Referencias	88

Índice de Tablas

N°	Pág.
1. Diagnóstico tradicional: criterios según el CIE 10 para el Episodio Grave sin síntomas psicóticos	51
2. Análisis cognitivo	52
3. Primera sesión – evaluación	55
4. Segunda sesión – evaluación psicométrica	56
5. Tercera sesión – evaluación psicométrica	57
6. Cuarta sesión - psicoeducación	58
7. Quinta sesión – Autorregistro	60
8. Sexta sesión – Técnicas para discutir y debatir creencias	61
9. Séptima – Autorregistro II	63
10. Octava sesión – Manejo de conductas autolesivas mediante la inundación emocional	64
11. Novena sesión – Evaluación de lo aprendido	67
12. Décima sesión – Adquisición de nuevas conductas de autocuidado	68
13. Décimo primera sesión – Revisión y técnicas de distracción cognitiva	70
14. Décimo segunda sesión – Evaluación de la intervención	71
15. Décimo tercera sesión – Establecimiento del seguimiento	72
16. Registro de frecuencia de pensamientos del paciente, línea base	74
17. Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de sentimientos de paciente, línea base	75
18. Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base	77
19. Resultado pre-test y post-test	78
20. Registro de frecuencia de creencias irracionales de paciente pre y post	79
21. Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post-test	80
22. Registro de frecuencia y duración de conductas pre y post test	82

Índice de figuras

N°		Pág.
1.	Registro semanal pre test de frecuencia de creencias depresivas	75
2.	Registro semanal pre test de frecuencia de emociones (total)	76
3.	Registro semanal de intensidad de emociones (promedio)	76
4.	Registro semanal de frecuencia de conducta (total)	77
5.	Puntaje pre y post test en el inventario de depresión de Beck	78
6.	Registro semanal pre-test de frecuencia de pensamiento pre y post-test (3 meses)	80
7.	Registro semanal pre-test de frecuencia de pensamiento pre y post-test (3 meses)	81
8.	Semanal pre-test de intensidad de emociones pre-test y post-test (3meses)	81
9.	Registro semanal de frecuencia de conducta problema pre-test y post-test (3 meses)	83
10.	Registro semanal de duración de conducta problema pre-test y post-test (3meses)	83

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo disminuir la sintomatología depresiva de una paciente adolescente de género femenino a través de la terapia cognitivo conductual, el proceso se inicia con la evaluación de los síntomas a través del Inventario de depresión de Beck BDI-II, Escala de creencias irracionales de Albert Ellis. Asimismo, se obtuvieron para la línea de base con la entrevista conductual, autoregistros y análisis cognitivo antes y después de la aplicación de la terapia cognitivo conductual enfocada en la Terapia Racional Emotiva Conductual, que incluyeron técnicas como psicoeducación, distracción cognitiva, autorregistros, entre otras técnicas relacionadas a la reestructuración cognitiva. Los resultados manifiestan una disminución significativa del nivel de depresión, así como reducción de pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales y comportamientos desadaptativos, al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de depresión, pues estas se ejecutan a nivel cognitivo y conductual para reemplazar creencias irracionales por pensamientos más flexibles y racionales.

Palabras clave: análisis cognitivo, depresión, terapia cognitiva conductual.

Abstract

The present study aimed to reduce the depressive symptoms of an adolescent female patient through cognitive behavioral therapy, the process begins with the evaluation of symptoms through the Beck BDI-II Depression Inventory, Belief Scale irrational by Albert Ellis. Likewise, it was found for the baseline with the behavioral, self-records and cognitive analysis before and after the application of cognitive behavioral therapy focused on Rational Emotive Behavioral Therapy, which included techniques such as psychoeducation, cognitive distraction, self-records, among other techniques related to cognitive training. The results show a significant decrease in the level of depression, as well as a reduction in thoughts, emotions and dysfunctional behaviors and maladaptive behaviors, at the end of the treatment phase the efficacy of the techniques used in the case of depression is ratified, since these are executed at cognitive and behavioral level to replace irrational beliefs with more flexible and rational thoughts

Keywords: cognitive analysis, depression, cognitive behavioral therapy

I. Introducción

El presente trabajo aborda la evaluación e intervención de una adolescente con trastorno depresivo con conductas suicidas en reiteradas oportunidades, por lo cual, se estima que la intervención deba ser inmediata y oportuna.

A diferencia de los adultos, este trastorno en niños o adolescentes no se muestra como un síntoma marcado que podemos identificar con facilidad, pues debido al proceso evolutivo en el cual aún se encuentran manifiestan alteraciones de conducta, bajo rendimiento escolar o retraso en el desarrollo psicomotor llegando a generar dificultades en el diagnóstico. Es así que, se consideró de suma importancia la elección del presente estudio de caso, que muestra el curso clínico de una paciente adolescente con Depresión.

Dentro del enfoque de intervención que cuenta con mayor apoyo empírico se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual, la cual se basa en la modificación, mediante la fusión de técnicas cognitivas y conductuales de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos y actitudes desadaptativas relacionados a eventos en particular, que tendrían un nexo con el origen de la sintomatología depresiva (San Sebastián y Manzanero, 2012). Obteniendo mayor eficacia, proporcionándole es este caso al paciente con depresión técnicas y herramientas que le permiten afrontar sus dificultades y emociones de manera más eficaz.

La Psicoterapia en la que se basa esta investigación, se realiza bajo el modelo de intervención de Ellis, la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC); trabajando en base a la modificación las creencias irracionales que presenta la adolescente, las cuales mantienen un estado depresivo, Ellis (1993) señala que existen creencias relacionadas a diversos estados emocionales y trastornos, ante ello, sugiere que la depresión, siendo un estado de ánimo

decaído, con escasa capacidad para realizar actividades y constantes pensamientos de desprecio hacia uno mismo, destaca que es el mantenimiento de las creencias irracionales lo que sostiene la perturbación del ánimo, en este caso el ánimo depresivo, lo cual puede llevar a conductas que puedan atentar contra su vida, debido a que la persona está convencida que su vida no presenta ningún sentido o ella no merece vivirla. Por lo cual, el presente trabajo se estructura de la siguiente manera:

En el primer apartado se dará a conocer acerca del marco teórico que sostiene y fundamenta la propuesta de investigación. Para ello, se realizará una búsqueda de información con el fin de establecer definiciones conceptuales de las variables en estudio como es el trastorno depresivo y la terapia cognitiva conductual. Para el segundo apartado se procederá a detallar la historia psicológica con los datos defiliación, problema actual, historia personal, familiar y diagnóstico psicológico del caso estudiado. Luego, en el tercer apartado se detalla el informe psicológico en integración con la historia clínica. En tanto, al cuarto apartado estará comprendido por el desarrollo de los procedimientos de intervención, técnicas cognitivas conductuales empleadas, la evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento y los resultados de la propia intervención. Por último, en el último apartado estará comprendido por el análisis de los resultados del tratamiento. En donde se describirán los resultados y realizará la discusión, seguido de las conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía utilizada y anexos pertinentes.

1.1 Descripción del problema

En el contexto actual se ha evidenciado que el porcentaje de niños y adolescentes deprimidos, que necesitaron hospitalización, se incrementó en un 50% y la frecuencia del

diagnóstico de depresión en el total de las atenciones en el hospital se ha triplicado con respecto a los años anteriores.

Para la Organización mundial de la Salud (OMS, 2020) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas, como informa la Guía Práctica Clínica en el SNS (2018) existe un 20% de jóvenes que habrían sufrido en su vida al menos un episodio depresivo, teniendo gran influencia negativa respecto a su crecimiento y desarrollo personal.

Desde hace años, existe un consenso para considerar la depresión como un problema de salud pública en diversos países en el mundo (García y Gallo, 2012), incluyendo el Perú (Rondón, 2006). En respuesta a ello, el Ministerio de Salud (MINSA) ha tomado medidas respecto a la depresión y su tratamiento, incorporándola en los lineamientos para la acción en salud mental (MINSA, 2018) en el plan nacional de salud mental (MINSA, 2018) y en las guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría (MINSA, 2018).

Estudios Epidemiológicos de Salud Mental dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios, las prevalencias anuales más altas que el promedio se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa. Los estudios realizados en las zonas rurales del país encontraron que esta prevalencia es de 10,4%, siendo mayor en la zona rural de la región Lima. En la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%. Estos resultados fueron en base a los Lineamientos de política sectorial de

salud mental del 2018.

Asimismo, el Ministerio de salud (MINSA, 2018) estima que en el Perú revelan la existencia de 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas, siendo más frecuente en la población adolescente, en donde se estima que en promedio 7.6% de la población adolescente padece de episodios depresivos.

El presente estudio de Caso Clínico se presenta a una Paciente de 16 años con diagnóstico de Depresión, el cual está caracterizado por un estado de ánimo triste, sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa, inutilidad y desamparo, como también la pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, una disminución de energía, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio o dormir más de la cuenta, presenta pérdida de peso o apetito, cuyos efectos le impiden realizar sus actividades cotidianas con normalidad.

Paciente presenta sintomatología depresiva, expresa llanto constantemente ante los pensamientos de minusvalía y desesperanza “no soy capaz de hacer nada” ante los problemas que presenta, esto los tienes desde los 8 años y empezó cuando empezó a percibir las discusiones constantes de sus padres. Suele presentar pensamientos relacionados a la desesperanza, presenta ideas relacionados a desaparecer y no existir, esto le genera ansiedad y tristeza, en ocasiones ha consumido veneno al no encontrar solución. Asimismo, presenta rechazo ante sus padres cuando le piden que termine con su enamorado, esto conlleva a pensamientos sobre el sinsentido de la vida “no tiene sentido seguir viviendo” y sentimientos de odio hacia su padre. Presenta problemas para conciliar el sueño, alteración en el apetito y dificultades para concentrarse en sus actividades diarias. La mayoría de creencias como “me gustaría no existir para no ver y escuchar lo que pasa” generan sentimientos profundos de

tristeza y ansiedad, en ocasiones, la han llevado a considerar suicidarse, asimismo, la creencia “Prefiero no ir a ninguna fiesta, porque me aburre” ha generado que reduzca las actividades que realizaba, ante ello, presenta menores recursos para sentirse mejor; la creencia “odio a mi madre porque siempre tengo que hacer lo que ella me dice”, genera conductas confrontativas y tristeza, por lo cual, ha empeorado la relación con su madre.

1.2. Antecedentes

Después de haber realizado la búsqueda de diversas bases de datos, repositorios, revistas, tesis y artículos en sitios web se han encontrado los siguientes antecedentes:

1.2.1. Antecedentes Nacionales

García (2021) llevó a cabo un estudio de caso clínico, donde realizó una intervención cognitivo conductual en una paciente con trastorno depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente. Para la evaluación del caso empleó el inventario de Depresión de Beck II (IDB – II), el cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAI) y el inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI -II). Realizó un programa de intervención de 17 sesiones, donde empleó técnicas como la reestructuración cognitiva, psicoeducación, diálogo expositivo, respiración diafragmática, modelado, ensayo conductual, entre otras. Los resultados señalan que la paciente pudo adquirir nuevas conductas y cumplir con los objetivos propuestos del plan de intervención, asimismo, se observó aumento de funcionabilidad en las áreas personal, familiar, ocupacional y social.

Calderón (2020) realiza una intervención cognitiva conductual dirigida a una mujer adulta que presenta depresión. Para lo cual, emplea el inventario de Depresión de Beck, el

cuestionario de personalidad de Eysenck y el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon, asimismo aplica la observación y entrevista psicológica. Sobre las técnicas empleadas en las 18 sesiones se tiene que empleó la psicoeducación, entrenamiento en relajación, autoinstrucciones, autorregistros, aplicó entrenamiento en soluciones de problemas y reestructuración cognitiva. Los resultados del post test señalan que existe una disminución significativa de los síntomas depresivos. Hubo reducción de las conductas de llanto, evitación, problemas de sueño y conductas agresivas como gritos. El autor concluye que, mediante la intervención se logró reducir las respuestas fisiológicas y detectar los pensamientos distorsionados para su reestructuración, demostrando la eficacia de la terapia cognitiva conductual.

Flores (2019) Realizó su estudio a través de la intervención de un caso clínico mediante el programa de Cognitivo Conductual en un adolescente diagnosticado con depresión, con la finalidad de mejorar el estado emocional y afectivo del paciente y reducir los pensamientos irracionales y generar una mejor adaptación y afronte a nivel personal y social. El método aplicado fue mediante el contrato terapéutico, el desarrollo de la intervención fue a través de 14 sesiones, en donde se aplicó la técnica de Psicoeducación. La evaluación fue a través de una pre y post evaluación, para medir la eficacia de la intervención. Entre los resultados se obtuvo que la adolescente presente problemas en el área de personalidad con tendencia a la introversión con pensamientos de sumisión y conformistas, en el área de afectividad hay presencia de una depresión moderada, en cuanto a la emotividad se halló una leve ansiedad. Posterior a la intervención se obtuvo que la paciente logró disminuir considerablemente los síntomas negativos de la depresión, se evidenció un incremento considerable de la funcionalidad y actividades diarias, así como un mejor desarrollo de las habilidades sociales, logrando una comunicación más asertiva. Por último, se evidenció que la paciente pudo desarrollar

estrategias preventivas y habilidades de afronte en la cotidianidad para llevar el tratamiento de manera efectiva. Se concluye que el tratamiento a través del programa Cognitivo Conductual resulta eficaz para la intervención y disminución de los niveles depresivos en la adolescente.

Huaynates (2019) realizó una intervención psicológica basada en la terapia cognitivo conductual hacia una mujer con depresión y sentimientos de culpa. Para recolectar información emplearon el Inventario de depresión de Beck, la escala de personalidad de Eysenck, asimismo, un registro conductual y se empleó un análisis funcional. Para el desarrollo de la intervención se empleó un diseño univariable multicondicional ABA. Los resultados indican una disminución del nivel de depresión, reducción de pensamientos distorsionados, emociones disfóricas y comportamientos desadaptativos. El autor sugiere el uso de técnicas a nivel cognitivo y conductual con el fin de generar mayor flexibilidad en los pensamientos y de ese modo poder modificarlos.

Sánchez (2019) realizó un estudio de caso clínico, donde aplicó un programa de intervención cognitivo conductual para reducir la sintomatología depresiva en una adolescente. Para lo cual, se empleó un cuestionario de presión Infantil, lista de chequeo conductual de ansiedad, el inventario Clínico de Millon para adolescentes (MACI). Se realizaron 13 sesiones, las cuales estuvieron distribuidas en evaluación y la intervención propiamente dicha donde se aplicaron técnicas como la psicoeducación, relajación, programación de actividades, entre otros. Los resultados muestran que existe una mejora de los síntomas depresivos y ansiosos, hubo un incremento de las actividades satisfactorias.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Pauth (2019) en su investigación tuvo por objetivo describir y conceptualizar un caso con diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente, desde el

modelo del Instituto de Terapia Cognitiva, con la finalidad de contribuir a la visión y la explicación de estas entidades diagnósticas y su intervención. Se ejecutó una indagación profunda de modelos de intervención terapéuticas sobre modelo cognitivo conductual que accedieron un extenso abordaje de ambos trastornos y se llega a la conclusión que la Terapia Cognitiva conductual, fue eficaz a la hora de abordar las problemáticas específicas de la paciente en tratamiento. En cuanto a las estrategias, la eficiencia y eficacia de las herramientas terapéuticas cómo: el cuestionamiento socrático, descubrimiento guiado, reestructuración de pensamiento, los experimentos conductuales, el entrenamiento en solución de problemas, las técnicas de relajación, el entrenamiento en variadas habilidades, detención de pensamientos, fueron productivas para el caso clínico, ayudando a lograr la estabilidad sintomática.

Navarro (2018) realizó una investigación que tuvo como objetivo describir la eficacia de la intervención cognitivo conductual en un caso único con diagnóstico de Trastorno depresión mayor, mediante los cambios observados en la línea base y proceso de intervención. Para efectos de la investigación se aplicó el Inventario de depresión de Beck, obteniendo una disminución significativa en la sintomatología depresiva, siendo las puntuaciones de la primera evaluación valores superiores a 35 (lo cual indica depresión grave) y luego de 10 sesiones se obtuvieron valores de 9 puntos (lo cual indica no depresión) lo que permite llegar a la conclusión que las técnicas aplicadas (Reestructuración cognitiva, programación de actividades de dominio y agrado, entrenamiento en relajación progresiva, terapia de autocontrol de Remh, técnica de resolución de problemas) demostraron su efectividad en el tratamiento de la depresión mayor.

Jadán (2017) La presente investigación dio a conocer los factores de riesgo más relevantes que conllevan a la Depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de Colegio 27 de Febrero de la ciudad de Loja para así construir una propuesta de prevención; para lo cual se

realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en donde fue necesario tener datos específicos de las condiciones sociodemográficas y familiares de los estudiantes sujetos de estudio, además se aplicó el test de Zung cuyos resultados obtenidos son: prevalencia de depresión 65.75%. En cuanto al género tenemos una relación de 1.5 más en las mujeres que en los hombres, tomando en cuenta que en el estudio predominó el género masculino. Además, con lo referente a la relación y/o asociación estadística entre las variables en estudio, se tiene relación o significancia estadística encontrándose un valor de $p < 0,05$ (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco $p < 0,05$ (0,031) en la edad de 14 años. La propuesta de prevención para los adolescentes tiene que ver con temas como actividad física, recreacional, porque la comunidad educativa tiene el gran reto de evitarles a los jóvenes caer en estados emocionales de tristeza, desesperación, autoestima baja, por el contrario, la formación de los jóvenes es integral. Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio se analizaron, concluyendo así con la realización de la entrega de un tríptico con aspectos frecuentes y recomendaciones, al personal involucrado en la comunidad educativa.

Hernández, et al., (2017) presentaron una investigación sobre la intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno depresivo. El trabajo expone la intervención con un paciente hombre de 33 años de edad, originario de Tamaulipas, México, que sufrió un accidente laboral cuando manejaba una motocicleta y fue atropellado por otro vehículo, dejándole como secuela una discapacidad permanente, y a partir de entonces, depresión. La metodología usada fue el diseño de estudio de caso único, ya que reporta la intervención clínica para una problemática específica. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones de 50 minutos, con el objetivo de disminuir emociones como ira y tristeza a diario, problemas de sueño, y fatiga. Los resultados de las evaluaciones pre y post terapia muestran la disminución de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del

trastorno, en concordancia con otros estudios.

Menarguez, García y García (2016) Se presenta la intervención en el caso de una adolescente tardía de 18 años de edad con trastorno depresivo mayor. El objetivo es analizar los efectos de la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a reducir la sintomatología depresiva. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se aplicó un tratamiento cognitivo-conductual que incluyó psicoeducación, activación conductual, entrenamiento en respiración diafragmática, auto instrucciones de afrontamiento, técnicas de asertividad y reestructuración cognitiva. Con la intervención, como se evidencia en la evaluación pretest-postest, se consiguió el objetivo principal propuesto, que era la reducción de la sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de los resultados del estudio, que apoyan la eficacia de la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento de la depresión adolescente.

1.2.3 Fundamentación Teórica

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) estaría considerada como el empleo de la ciencia de la psicología en el ámbito clínico, los cuales tienen su fundamento en bases y procesos empíricos (Plaud, 2001).

1.2.3.1. Inicios históricos. Los inicios de la TCC están ligados a la Terapia de Conducta (TC), a mediados de los años cincuenta del siglo anterior. Asimismo, está estrechamente relacionada con las teorías de aprendizaje. La TC surge como una alternativa a los tratamientos de la época para la ansiedad y fobia, se contraponen al modelo psicoanalítico del inconsciente y las pulsiones que dominan al ser humano, confronta estas ideas señalando que todas las

conductas son aprendidas y pueden modificarse (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017). Entonces las conductas desadaptativas pueden ser modificadas empleando los principios de aprendizaje. Los resultados que se obtuvieron mediante la implementación de estas técnicas fueron revolucionarios en su época, dando un giro a la mirada empírica de los tratamientos psicológicos.

A pesar que las técnicas dieron resultados novedosos y eficientes, la conceptualización de la TCC es criticada, por lo cual, algunos autores consideran solo catalogarlo como una serie de técnicas eficaces empleadas en una intervención, ante esta problemática Díaz, Ruiz y Villalobos (2017) sugieren considerar cuatro rasgos que presenta la TCC:

- El primer rasgo indica que la TCC está en un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas desadaptativas aprendidas a nivel físico, cognitivo y conductual. Este comportamiento al ser aprendido puede ser modificado si se tiene conocimiento de los principios en los cuales se desarrolla el proceso de ese aprendizaje, entonces el sujeto podrá modificarlos y tener control sobre las conductas que desea cambiar.
- Como segundo rasgo tiene que, al estar involucrado al ámbito de la salud, presenta protocolos, técnicas y procedimientos específicos para cada problemática y trastorno, cuenta con procesos estandarizados, con tiempo limitado.
- La TCC presenta un gran componente educativo, existen módulos de explicación sobre la problemática y cómo se orientará el tratamiento, asimismo existe una lógica en el procedimiento.
- Finalmente, la TCC tiene un componente de autoevaluación, esto debido a que la intervención posee una referencia metodológica experimental y de validación empírica.

Estas características pueden verse reflejado en la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis, su primer modelo de intervención fue publicado en 1957 y lo denominó Terapia Racional (Ellis, 1957), aquí, el autor da énfasis en el rol que tienen las creencias de

los pacientes en el desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales, por lo cual, defendía que si uno cambia las creencias irracionales que presenta entonces tendrá un cambio en las emociones y comportamiento. Posteriormente en 1961 cambió el nombre del modelo de intervención a Terapia Racional Emotiva, debido a que quería dar énfasis en las experiencias emocionales en el proceso de intervención (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017). Finalmente, en 1993 vuelve a renombrar su modelo como Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) donde resalta el papel de la conducta como objetivo del tratamiento y da énfasis a las técnicas conductuales que ha empleado desde los inicios de su intervención (Hayes y Ellis, 2014).

Para Ellis (1984), el ser humano, es un organismo complejo y biopsicosocial, presenta una gran tendencia proponerse metas y propósitos en todos los ámbitos de su vida, dos de las cuales son permanecer con vida y obtener el mayor beneficio posible y reducir el malestar que no se necesite; de estas se pueden derivar submetas.

Cuando las personas intentan cumplir sus metas, al estar inmersos en distintos ambientes, sus dificultades variarán, se enfrentarán eventos activadores (A) que permitirán o obstruirán la consecución de su meta en relación al tipo y nivel de valoración que realicen sobre dicho evento. Los eventos o situaciones activadoras (A) no generan nada por sí mismo, Ellis (1984) propone que las reacciones a nivel emocional, conductual y cognitivo (C) dependerán de cómo se les interprete (B). Entonces la secuencia es la siguiente: el ser humano estará sujeto a una situación activadora (A) que se percibirá de manera idiosincrática (C) y predispondrá la respuesta de factores emocionales, conductuales o cognitivos (C), siendo las creencias que tenemos sobre la situación las que determinen nuestra respuesta hacia ella.

1.2.3.2. Mecanismos cognitivos del malestar. Ellis sugiere que el centro del malestar emocional se encuentra en las creencias irracionales que presentan las personas sobre las situaciones, por lo cual, él define a las cogniciones evaluativas que poseen un significado

personal y de carácter preferencial, las cuales se manifiestan como deseos, anhelos, agrado y desagrado (Ellis, 1995). En contraposición, los pensamientos racionales son flexibles y apoyan al individuo en la resolución de sus metas y conflictos, las creencias irracionales tienen una forma absolutista y de carácter dogmático, los cuales lo hacen inflexibles e invariables.

Asimismo, Ellis sugiere la existencia de creencias irracionales nucleares, las cuales se caracterizan por su rigidez y presentar valoraciones negativas, para poder identificarlos mejor, estas creencias responden a tres criterios:

- No se basan en la lógica, sino a interpretaciones incorrectas
- Son automáticos y la persona no conoce la importancia que tienen estas creencias en las emociones, pensamientos y conducta realizada.
- Dificultan la realización de metas y propósitos.

Ellis (1995) describe cuatro formas de pensamiento irracional:

- **Demandas o exigencias:** suelen expresarse como “si mi pareja me quisiera, debería haberme hecho un regalo”
- **Catastrofismo:** son valoraciones negativas de carácter trágico, donde la persona considera que sus capacidades no podrán ser suficientes y terminará afectado por el evento.
- **Baja tolerancia a la frustración:** considera a priori que no resistirá las demandas de las situaciones.
- **Depreciación o condena global de la valía humana:** son pensamientos irracionales donde se infiere conclusiones globales ante un hecho específico “se me ha quemado la comida, soy un inútil en todo lo que hago”

1.2.4. Técnicas en las sesiones

Albert Ellis emplea una serie de técnicas diferenciándolas en las áreas de acción: en las sesiones o en casa; dentro de ellas, también las divide en: cognitivas, conductuales y emotivas.

1.2.4.1. Técnicas Cognitivas empleadas en las sesiones. Dentro de las técnicas cognitivas empleadas en la TREC se tiene una subcategoría.

A. Técnicas para discutir o debatir creencias. Se podría considerar a estas técnicas como las más relevantes en la TREC, para la confrontación de creencias irracionales, Ellis emplea tres tipos de argumentos: empíricos, los cuales motivan al sujeto a busca evidencia sobre lo que sustenta; lógicos, permiten el análisis lógico de las creencias; y pragmáticos, los cuales valoran la utilidad de las creencias(Dryden y Ellis, 1989).

- **Apelación a las consecuencias desfavorables:** el terapeuta señala las consecuencias negativas de las creencias irracionales del paciente
- **Apelación a las consecuencias favorables:** el terapeuta enseña las consecuencias positivas que se obtendrían al asumir las creencias racionales.

Las técnicas de discusión también suponen un estilo particular del terapeuta, con el finde llevar a cabo las técnicas sin inconvenientes. DiGiuseppe (1991) y Dryden (2009) sugieren algunos estilos que el terapeuta pueda seguir:

- **Socrático:** aquí el terapeuta diseña preguntas abiertas para que el sujeto pueda identificar y comprobar la racionalidad o irracionalidad de sus creencias y cuáles son las razones de cada una.
- **Didáctico:** siguiendo este estilo, el terapeuta, por medio de herramientas didácticas,

orienta al cliente a identificar y debatir sus creencias, se asegura de que el cliente comprenda la solidez de la argumentación y el proceso que llevó ello.

- **Metafórico:** por medio de las metáforas, el terapeuta emplea historias para ilustrar las creencias irracionales y racionales del cliente.
- **Humorístico:** el profesional emplea el humor con el fin de debatir y refutar las creencias irracionales.
- **Teatral:** cuando el terapeuta considera oportuno suele recurrir a reproducir una conducta de manera extravagante con el fin de manifestar la irracionalidad de la creencia.

B. Entrenamiento en autoinstrucciones: cuando los pacientes muestran dificultades para mejorar la reformulación de sus creencias irracionales, entonces se sugiere emplear las autoinstrucciones, las cuales son verbalizaciones que refutan o reformulan las creencias irracionales, estas pueden estar escritas y repetirlas constantemente en las sesiones o cuando sea necesario.

C. Técnicas enfocadas a la distracción cognitiva e imaginación: debido a que, en ocasiones, el malestar emocional sobrepasará la capacidad de regulación, las personas requieren distraerse empleando técnicas como la relajación progresiva de Jacobson, asimismo de otras estrategias empleando la imaginación.

Relajación muscular: Edmund Jacobson en 1939 realizó investigaciones de laboratorio donde descubrió que la constante tensión y distensión muscular progresiva causaba un estado de relajación profunda y efectiva. Bernstein, Borkovec y Hazlett (2000) sugieren el trabajo de 16 grupos musculares en un periodo de 30 a 40 minutos. Sugieren el trabajo de:

- **Mano y antebrazo dominantes** (apretar el puño dominante)

- **Brazo dominante** (apretar el codo contra el brazo del sillón)
- **Mano y antebrazo no dominante** (apretar el puño no dominante)
- **Brazo no dominante** (apretar el codo contra el brazo del sillón)
- **Frente** (levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente)
- **Ojos y nariz** (apretarlos párpados y arrugar la nariz)
- **Boca** (apretar la mandíbula, sacar barbilla y presionar la lengua con el paladar)
- **Cuello y garganta** (empujar la barbilla contra el pecho sin tocarlo)
- **Pecho, hombros y parte superior de la espalda** (arquear la espalda)
- **Región abdominal o estomacal** (poner el estómago tenso)
- **Muslo dominante** (apretar el muslo contra el sillón)
- **Pantorrilla dominante** (doblar los dedos del pie hacia arriba)
- **Pie dominante** (doblar los dedos sin levantar el pie)
- **Muslo no dominante** (apretar el muslo contra el sillón)
- **Pantorrilla no dominante** (doblar los dedos del pie hacia arriba)
- **Pie no dominante** (doblar los dedos sin levantar el pie)

Una vez dominados los 16 grupos musculares, se puede reducir el tiempo y los músculos a trabajar con Brazos y manos; tronco, cara y cuello; piernas y pies.

1.2.4.2. Técnicas Conductuales empleadas en las sesiones. Dentro de las técnicas enfocadas al comportamiento se tienen tres principales (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017):

Ensayo conductual: el paciente y el terapeuta evalúan las situaciones donde el paciente presenta un malestar emocional significativo, donde se ensayarán posibles creencias racionales adecuadas.

Inversión del rol racional: para el empleo de esta técnica se sugiere que el cliente tenga cierta destreza para debatir las creencias irracionales, debido a que tomará el lugar del terapeuta dando posibles alternativas ante la conducta y creencias irracionales.

Acciones paradójicas del terapeuta: el terapeuta realizará una conducta que conlleve a una creencia irracional con el fin de que se puedan identificar y debatir en la sesión

1.2.4.3 Técnicas Emocionales empleadas en las sesiones. Ellis sostiene que el debate de las creencias irracionales debe estar dotado de dinamismo y vigor, debido a que ello permitirá la interiorización y convicción de la sesión:

Imaginación racional emotiva: mediante el uso de su imaginación para traer una situación incómoda para el paciente que genere una carga emocional displacentera, el paciente intentará cambiar la emoción por alguna más apropiada (Maultsby, 1971)

Técnicas humorísticas: Ellis considera que el malestar emocional es generado por la dramatización o seriedad que se les da a los acontecimientos vividos. Brinda algunas razones para considerar el humor:

- Reírse de uno mismo facilita el reconocimiento de errores
- Permite un distanciamiento emocional que llevaría a una evaluación más objetivo
- Reduce la dramatización y seriedad de algunos acontecimientos
- Puede emplearse el humor como distractor

- Elimina patrones desadaptativos y facilita la adquisición de comportamientos adaptativos

1.2.5. Técnicas empleadas para el trabajo en casa

Dentro de los pilares y las particularidades que presenta la TREC se encuentran las actividades realizadas fuera de la sesión, debido a que, las creencias irracionales son duraderos y relativamente estables, se debe trabajar diariamente sobre estas para conseguir un cambio significativo. Las actividades pueden ser a nivel cognitivo, conductual y emocional (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017).

1.2.5.1. Técnicas cognitivas

Autorregistros: son empleados para registrar de forma continua las relaciones entre los ABC, con ello se puede generar un autodebate y replanteamiento de las creencias irracionales. Inicialmente se suele emplear un autorregistro donde se señale la hora y fecha, el acontecimiento activador (A), creencia irracional (B) y la consecuencia emocional o conductual (C). Posteriormente mientras se avance con el entrenamiento se añadirá una casilla donde colocará el cuestionamiento de la creencia irracional (D), la creencia racional alterna (E) y la nueva consecuencia emocional (F).

Proselitismo racional: otra actividad que puede generar grandes resultados es pedir al cliente que intente enseñar a sus amistades y familiares sobre los fundamentos teóricos de la TREC y cómo esto puede cambiar el sistema de creencias.

Debatir grabaciones: se brinda una grabación anterior al cliente con el fin de que pueda

identificar las creencias irracionales, asimismo, pueda debatirlas y reestructurarlas.

Autoinstrucciones racionales: de igual manera se solicita que el cliente repita de manera constante las creencias nuevas, puede realizar con apoyo de un espejo para brindarle más énfasis.

Biblioterapia: se emplean textos y libros relacionados con la TREC con el objetivo de que el sujeto pueda emplearlos y tener una conexión fuera de la sesión con la intervención.

1.2.5.2. Técnicas cognitivas

Toma de riesgos: consiste en que el paciente realice una conducta que genere malestar emocional, donde se puedan realizar los cuestionamientos de las creencias irracionales

Inundación en vivo: presentarse ante situaciones que produzcan gran malestar emocional y que debata las creencias irracionales.

Metas fuera de lo usual: se solicita al cliente que realice conductas que presentan bajas frecuencias o reducir aquellas de frecuencias altas.

1.2.5.1. Técnicas emotivas

Ataque de vergüenza: aquí se deban ideas que el usuario considere sumamente vergonzosas con el fin de reducir el malestar paulatinamente.

Uso del sentido del humor: se solicita que se emplee el humor para contrarrestar las

creencias, puede realizarse a través de canciones, bromas, entre otras.

1.2.5. Depresión

La Organización Mundial de la Salud considera que la depresión es un trastorno mental frecuente, estima que afecta alrededor del 3.8% de la población mundial, además es considerada como la principal causa de discapacidad y predispone al sujeto a sufrir otro tipo de enfermedades (OMS, 2021). Suele diferir de los estados de ánimo habituales por su mayor intensidad, frecuencia y porque genera limitaciones significativas en el desarrollo de actividades diarias y metas de vida, asimismo, la consecuencia más letal es el suicidio.

Alrededor de los años, la depresión se ha intentado clasificar siguiendo corrientes sociales, psicoanalíticas y biológicas; sin embargo, la evidencia empírica ha demostrado que existe inconsistencia para considerar una clasificación basándose en los modelos mencionados (Belloch, Sandín y Ramos, 2009). Los resultados de los últimos años de investigación concuerdan en que se puede considerar la clasificación siguiendo la gravedad de los síntomas, asimismo, los trastornos depresivos presentan dimensiones de síntomas en común.

1.2.5.1. Dimensiones de la depresión. Dentro de la depresión existen ciertas manifestaciones de signos y síntomas que pueden agruparse.

A. Dimensión anímica. Dentro de los síntomas más resaltantes a nivel emocional destaca la tristeza, siendo el más frecuente en casi todos los pacientes con depresión, asimismo, es el síntoma que genera mayor malestar siendo la queja principal de al menos la mitad de los afectados (Klerman, 1987). Asimismo, otro síntoma frecuente es la irritabilidad y sensación de vacío; en casos graves los pacientes señalan que son incapaces de experimentar sentimientos o llorar.

Otra característica en el nivel anímico suele ser la reducción de experimentar emociones agradables o positivas, existe un escaso disfrute de las actividades realizadas (anhedonia). Las emociones de tristeza profunda no son exclusivas de la depresión, sin embargo, la combinación de esta con la anhedonia suele ser una característica resaltante del trastorno depresivo (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

B. Dimensión motivacional y conductual. Suelen ser la inhibición, apatía y escasa motivación los aspectos que generan mayor malestar en el individuo. Estos síntomas suelen ir acompañados de pensamientos relacionados a la falta de control, desesperanza y falta de sentido de su vida. Además, las tareas cotidianas se convierten en verdaderos desafíos, donde el sujeto reduce considerablemente la frecuencia de sus actividades diarias. La inhibición de las actividades en cuadros graves suele conocerse como retardo psicomotor, donde existe una reducción significativa de las respuestas motoras, en la forma de hablar, los gestos y la motivación es reducida hasta casi desaparecer. La expresión más severa suele llamarse estupor depresivo, donde existe mutismo e inmovilidad (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

C. Dimensión cognitiva. Los procesos cognitivos de las personas que presentan depresión se encuentran afectadas; la memoria, el proceso de atención y concentración suelen presentar alteraciones, por lo cual, presentan dificultades en la ejecución de actividades cotidianas. Es común la presencia de rumiaciones, asimismo, la presencia de problemas en las funciones ejecutivas y tareas automáticas (Williams et al., 2007). En cuanto a los aspectos del contenido del pensamiento, suelen aparecer valoraciones negativas sobre sí mismo, el entorno y el futuro, pensamientos de culpabilización, pérdida de autoestima y autodesprecio. Posteriormente se verá que esta dimensión también puede ser considerada como elementos

etiológicos.

D. Dimensión física. Suelen presentarse cambios a nivel físico, generalmente ante estos cambios es donde el paciente solicita la consulta. Alrededor del 80% de los pacientes presenta problemas de sueño, ya sea por dificultades para conciliar o por exceso de este, también se presenta la fatiga constante, disminución del apetito, reducción de la libido y pérdida de peso (Belloch, Sandín y Ramos, 2009). También pueden presentarse malestar corporal, dolores de cabeza, musculares, estreñimiento, dificultades visuales, entre otros.

E. Dimensión interpersonal. Se estima que alrededor del 70% de personas con problemas depresivos presentan un deterioro de sus relaciones interpersonales, existe un rechazo hacia ellos y recurren al aislamiento (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Clasificación de la depresión

1.2.5.2. Clasificación de la depresión. Los manuales diagnósticos como el DSM-V y el CIE-10 presentan una serie de clasificaciones basadas en el número e intensidad de la sintomatología previamente señal

A. Depresión leve. Suele caracterizarse por sentimientos de tristeza y decaimientos leves, existe una pérdida del interés de las actividades cotidianas. Este estado depresivo suele pasar desapercibido por la persona, los síntomas pueden variar según la persona y las vivencias que presenten. Aunque la depresión leve suele manifestarse de manera poco disfuncional, si no se presta la adecuada atención esta podría agravar los síntomas (Gonzales, 2012).

B. Depresión moderada. Dentro de este cuadro se destaca las alteraciones que presenta la persona debido a que afectan de manera significativa las actividades laborales, académicas

y las metas trazadas, los síntomas suelen ser identificados con mayor facilidad y suele predominar un estado de humor bajo, escasa capacidad para disfrutar las cosas y disminución de la energía (Gonzales, 2012).

C. Depresión severa. Existe un constante y profundo estado de tristeza, la capacidad motriz se reduce de manera significativa limitando a la persona la capacidad para realizar las actividades cotidianas, asimismo, existe desesperanza y es común la ideación suicida (Gonzales, 2012).

1.2.5.2. Modelo explicativo de la depresión. Dentro de los modelos psicológicos explicativos de la depresión, existen enfoques donde predominan descripciones causales desde un enfoque conductual, cognitivo e interpersonal (Korman y Sarudiansky, 2011).

A. Enfoque cognitivo. Se encuentra la teoría de Albert Ellis (1984) la cual sustenta que los problemas emocionales y conductuales tienen su origen en la forma en que la persona interpreta el mundo (pensamientos o creencias), cuando estos son irracionales generan perturbación emocional y mantienen los estados de ánimo disfórico y reducen las conductas de autocuidado y actividades cotidianas. Entonces las personas que presenten creencias irracionales como considerar que las cosas son catastróficas y no vayan por el camino que le gustaría, podría generar inhibición de las actividades al percibirse sin control de la situación, asimismo, tristeza y desesperanza, el considerar que las personas son malvadas y deben recibir un castigo por ello, haría que la persona se desligue del resto cuando perciba una falta, entonces presentaría dificultades en sus relaciones interpersonales y familiares, asimismo, podría recurrir la culpa sobre sí misma y así considerar que merece el sufrimiento que padece, ello mantendría los síntomas depresivos. Se han realizado investigaciones que corroboran la

estrecha relación que existe entre los síntomas depresivos y las creencias irracionales (Coppari, 2010).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Reducir la sintomatología depresiva de una adolescente mediante un programa de enfoque cognitivo conductual adoptando la terapia racional emotiva de Ellis.

1.3.2. Objetivo Específico:

- Identificar la frecuencia e intensidad de las creencias irracionales mediante los autorregistros y escalas.
- Identificar la frecuencia e intensidad de la conducta problema mediante la entrevista, escalas y análisis funcional
- Reducir la frecuencia e intensidad de las creencias irracionales por medio de técnicas de análisis, evaluación lógica, empírica y distracción cognitiva
- Reducir la frecuencia e intensidad de la conducta problema a través de ensayos conductuales, metas fuera de lo usual e imaginación racional emotiva.
- Establecer un control sobre la reducción de la sintomatología depresiva a través de una sesión de seguimiento

1.4. Justificación

La presente investigación se realizará con la finalidad de brindar un mayor conocimiento sobre la intervención en adolescentes con sintomatología de depresión mayor a

consecuencia de problemas en la convivencia familiar. Por otro lado, En la actualidad la adolescencia presenta un decaimiento anímico perdiendo el interés consigo mismo, abandonándose y en algunos casos llegando al suicidio. Debido a problemáticas psicosociales (pandemia, delincuencia, restricciones de sociabilizar). El propósito de esta investigación es describir los efectos de las diferentes técnicas de intervención cognitiva conductual, que implica el uso combinado de estrategias terapéuticas en la depresión. De igual forma, este estudio pretende convertirse en una herramienta pedagógica para los profesionales que inician la práctica clínica, presentando una descripción detallada sobre el uso del modelo cognitivo conductual para identificar y disminuir las manifestaciones de la depresión, para ello, presenta una serie de conceptos teóricos sobre el caso de estudio depresión mayor: sintomatología, modelos evaluativos, tratamiento y técnicas específicas; esta información puede servir como guía de intervención de los profesionales con paciente semejante al del caso de estudio.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Luego de la intervención respectiva a la paciente se espera ver como resultado una disminución de los niveles de depresión y ansiedad, buscando recuperar un bienestar integral el cual estará sustentando tanto a nivel cognitivo (pensamientos positivos, racionales y saludables) como conductual (retomando actividades fructíferas) a nivel personal, familiar y social.

Además, se busca poder generar un incremento al saber científico agregando nuevos resultados de la aplicación de las técnicas de la terapia cognitivo conductual en pacientes con el trastorno estudiado. Finalmente se busca brindar una alternativa eficiente y eficaz contra la depresión, así como fomentar el conocimiento sobre este trastorno dentro de la población estudiada, principalmente bajo el contexto actual en el que vivimos.

II. Metodología

2.1 Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación es experimental aplicada porque toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado. (Kerlinger, 2002).

El diseño de investigación es de tipo experimental (pre experimental) porque el estudio busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual sobre un caso de depresión en una mujer adolescente de Lima Metropolitana (Hernández et al., 2016).

2.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se realizó en un periodo de 6 meses en un centro de salud.

2.3 Variables de Investigación

2.3.1. Variable independiente

Es la terapia cognitiva conductual Línea de Tratamiento basado en la Terapia Racional Emotiva Conductual utilizando técnicas para el cambio de creencias irracionales

TABLA DEL PROGRAMA

N° SESION	OBJETIVO	TECNICA
1	Identificar los indicadores depresivos en la paciente.	Evaluación psicológica
2	Identificar los indicadores depresivos en la paciente.	Evaluación psicométrica Análisis cognitivo
3	Identificar los indicadores depresivos en la paciente.	Elaboración de la línea base

4	Instruir al paciente en la problemática y la intervención.	Psicoeducación
5	Instruir al paciente en la problemática y la intervención	Autorregistro
6	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Análisis y evaluación lógica Evaluación empírica
7	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Ensayo conductual Autorregistro
8	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Imaginación racional emotiva
9	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Inversión del rol racional.
10	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Metas fuera de lo usual
11	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Distracción cognitiva
12	Establecer un seguimiento	Evaluación psicológica
13	Establecer un seguimiento	Retroalimentación

2.3.2. Variable dependiente

Para la presente investigación la variable dependiente queda definida operacionalmente como el resultado de los puntajes obtenidos a través de los instrumentos de evaluación.

2.4 Participante

Usuario adolescente de género femenino de 16 años natural de Lima, con historia clínica desde los 12 años.

2.5 Técnicas e instrumentos

2.5.1 Técnicas

- Entrevista psicológica: se realizará una entrevista semiestructurada, donde se buscará información pertinente sobre la sintomatología presente, la frecuencia, duración,

intensidad,asimismo, sobre la aparición y desarrollo de las mismas.

- Observación psicológica: se pondrá atención a los aspectos comunicativos de la paciente, con el fin de corroborar la coherencia del discurso, asimismo, con el objetivo de recopilar lossignos manifiestos de la sintomatología.
- Análisis cognitivo: mediante la revisión de las creencias irracionales se realiza el cuadro analizando los eventos y emociones que generan estas creencias.

2.5.2 Instrumentos de evaluación

2.5.2.1 Inventario de depresión de BeckFicha técnica

Nombre: Inventario de Depresión de Beck (BDI – II)

Autor: Aaron Beck y colaboradores

Año: 1975

Administración: Individual y colectiva

Objetivo: evaluación de la intensidad de síntomas depresivos.

El inventario fue elaborado por Beck y colaboradores en 1961, la versión revisada fue publicada en 1975, el cuestionario da énfasis a los aspectos cognitivos relacionados con la depresión, asimismo, recoge la intensidad o gravedad de 21 síntomas, la temporalidad que señala es desde una semana previa a la toma de la prueba. Las dimensiones que presenta se relacionan en primera instancia al componente cognitivo (15 ítems), el segundo a aspectos neurovegetativos (6 ítems). Las puntuaciones van desde el 0 al 63, donde la interpretación señala que, si existe una puntuación de 0 a 9, entonces la categoría es sin depresión; puntuaciones de 10 a 18 señalan la categoría leve; de 19 a 29, depresión moderada; y de 30 puntos a más es considerada como depresión grave.

Confiabilidad. La prueba fue sometida a análisis psicométricos y, por medio del método de consistencia interna, empleando el Alpha de Crombach, se obtuvo resultados que

oscilan entre 0.76 a 0.95, lo que sugiere una confiabilidad adecuada y alta.

Validez. Asimismo, presenta una validez predictiva, con un valor positivo de 0.72. Además, se sometió a la prueba un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, donde se encontró consistencia en las dos dimensiones que propone la prueba en su versión original (Rodríguez y Farfán, 2015).

2.5.2.2. Cuestionario de creencias irracionales de Ellis Ficha técnica

Nombre: Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ)

Autor: Albert Ellis

Año: 1980

Población: adolescentes y adultos

Tipo de aplicación: Individual y colectiva

Objetivo: Identificar las creencias irracionales que presenta el paciente y causan gran perturbación emocional.

La prueba presenta 100 ítems, los cuales tienen respuestas dicotómicas, el evaluado debe marcar sí o no según corresponda.

Confiabilidad: mediante el análisis de consistencia interna empleando el Alpha de Crombach se halló un puntaje de 0.878 (Tateishi, 2011)

Validez: por medio de la validez de contenido se obtuvo una puntuación de 0.94 en promedio, evidenciando valores adecuados en relación al contenido para su administración (Coaquira y Ticona, 2018).

2.6. Evaluación psicológica

2.6.1 Historia Personal

Desarrollo Inicial

La madre de Yashumi refiere que su hija no fue planificada ni deseada, se enteró al segundo mes, ya que no le vino su periodo menstrual, al realizar la radiografía se vio el sexo femenino, ello no le gustó al padre, debido a que, esperaba un varón. Reaccionó rompiendo la hoja de los resultados, al ver esa actitud yo también rechazo el embarazo, durante el mismo tuve problemas emocionales ya que siempre tenía sentimientos de tristeza y me dedicaba a cocinar, no tuve caídas. Yashumi nació en la Maternidad de Lima a los 9 meses de embarazo, parto natural, con peso promedio, la madre recuerda le dio de lactar hasta los 6 meses. Luego empezó a dar leche artificial (biberon).

Según la madre de la menor, Yashumi empezó a dar sus primeros pasos a partir del año y progresivamente a caminar, ese mismo año empezó a decir sus primeras palabras. Luego aprendió a pedir ir al baño a su madre para realizar sus necesidades fisiológicas y finalmente adquirió el control de esfínteres.

De niña era alegre y sociable con las personas que conocía, pero temerosa con las personas que no conocía, jugaba con sus primas, en ocasiones hacía travesuras y su papa la corregía ante las conductas inadecuadas, en ocasiones recibía maltrato verbal con palabras como “Eres una inútil”, “torpe”, “vaga”. La madre de Yashumi también se enojaba con ella cada vez que no cumplía con sus deberes gritándole.

Desarrollo Cronológico del problema

A los 7 años de edad su mamá recuerda que Sayumi jaló del pelo a la profesora porque siempre le castigaba jalándole el pelo por no hacer la tarea, su mamá habló con la profesora amenazándola que si vuelve a tocar a su hija yo vendré le haré lo mismo.

A los 8 años Sayumi, recuerda que escuchaba gritos en el cuarto de sus padres, se acercó

y vio cómo su papa gritaba quejándose y empujando a su mamá, es cuando ella vio eso se asustó y lloró delante de ellos.

Sayumi los 10 años comienza a pelearse con una niña porque siempre le molestaba y nunca se defendía hasta que reacciono y la espero en el parque y le dio un puñete, luego de ello su mama le dijo está bien hijita lo que has hecho ya era hora de que la pusieras en su sitio, ahora no te va a molestar.

Cuando Sayumi tenía 12 años se peleó con un niño porque la molestaba constantemente y ella no hacía nada para defenderse hasta que se cansó y le propino un puñete que lo dejo noqueado.

A la edad de 13 años nuevamente escucha gritos y ve a su papa agredir a su mama con una correa, Sayumi agarra una taza de loza y se para frente a su papa y le dice “No vuelvas a tocar a mi mama porque si no yo te voy a tirar esto en la cabeza, solo atrévete y veras”. Su papa intimidado por la reacción de su hija solo atino a retirarse de ese lugar. Luego ella piensa “Mi mama no se merece un hombre como este”.

A los 15 años conoce a un joven del barrio quien se hizo amigo y poco surgió un sentimiento de amor ya que él era una persona comprensiva, atenta y le motivaba a estar bien anímicamente, sin embargo, una tarde su mamá la encontró sentada en la moto del joven molestándose con él y ella, después le dijo que tenía que terminar con este joven y por la presión lo hizo, sin embargo, también se sintió muy triste y comenzó a pensar “La vida no tiene sentido”.

En ese mismo año recuerda que su papá le quito el celular porque no quiere que se comunique con nadie, y si quiere comunicarse tiene que hacerlo en presencia de su mama o de él, en un descuido de su papa ella toma el celular y comienza a chatear y ver las redes sociales, sin embargo, después de un rato su papá se da cuenta y comienza a gritarle y reclamarle y decirle “Porque no obedeces lo que te digo eres una mala hija”.

A fines de ese mismo año Sayumi comienza no tener ganas de salir a la calle, no quiere salir a comprar, no quiere salir del cuarto, se siente cansada y le aburre conversar.

Conductas inadecuadas más resaltantes en la infancia

Las madres de Yashumi refiere que su hija era inquieta desde pequeña, hacia travesuras en la casa y cada vez que lo hacía recibía gritos y jalones de pelo y si su papa se enteraba le gritaba constantemente y de manera fuerte. Alex creció con un estilo autoritario de su padre durante la niñez.

A los 10 años Yashumi se pelea con una niña porque siempre le molestaba. Recuerda que la pelea fue en el parque sintió cólera (8/10), tensión muscular. Pensó “voy a darle su merecido” empezó a darle puñetes. Luego su mama se entera y le dice muy bien hija para que nunca más vuelva a molestar” defenderse es normal.

Yashumi recuerda que cuando era niña veía que sus padres discutían constantemente, luego escuchaba gritos e insultos. Al respecto una vez Salí en defensa de mi mama porque mi padre estaba maltratando a mi mama y lo amenace con una taza por lo que estaba haciendo, luego mi papa se fue amargo a su cuarto, luego hablamos con mi mama y me decía que nunca más volvería a pasar, yo pensaba “Ese hombre no te merece”, ella me prometía no volverá pasar, sin embargo, días después volvían a pelear.

Actitudes de la familia frente a la niña

Examinada comenta que la relación con sus padres ha sido disfuncional, problemática, refiere que generalmente eran indiferentes y poco comunicativos, constantemente recibía maltrato psicológico recibiendo reproches como “eres una tonta, no sirves para nada, vago y flojo, no pareces mi hija”. Estas expresiones generaban resentimiento y odio hacia su padre, por lo tanto, prefería tener una distancia hacia su figura paterna.

Yashumi comenta que cuando se portaba mal en el colegio su padre y madre siempre le gritaba.

La relación de la examinada con su madre distante y de poca confianza. Al respecto la menor refiere “siempre le cuestiona todo lo que hago y quiero hacer”, “siempre está presionándome para que haga las cosas como ella quiere”, “me juzga si quiero expresar mis opiniones”. Por lo mismo Yashumi ha decidido encerrarse en su cuarto y no salir, acompañada de sentimientos de tristeza y desesperanza.

La madre refiere que cuando le pido que valla a la tienda a comprar ella siempre se niega pues no quiere salir del cuarto, prefiere estar interactuando con su celular acompañada de su gato.

Educación

Yashumi refiere cuando cumplió 3 años ingresó a Educación Inicial, recuerda que era un colegio agradable, tenía un buen comportamiento, le gustaba jugar con sus compañeras de aula, sin embargo, había una auxiliar que nos jalaba el cabello, cuando se enteró mi mamá me acuerdo que le dijo a la auxiliar “si vuelves a tocar a mi hija yo voy a reaccionar mal”. A los 7 años ingresa a primaria tenía una profesora y su rendimiento y comportamiento era regular, sin embargo, cuando paso a 3er grado de primaria Yashumi refiere “me relaje, no hacía las tareas y en 4to, 5to y 6to primaria tenía problemas de comportamiento ya que me peleaba con mis compañeras. En secundaria mi comportamiento cambio ya que no me gustaba conversar con nadie y tengo problemas para sociabilizar con mis compañeros ya que siempre tengo la presión familiar diciéndome que no me junte con tal persona o diciéndome lo que tengo que hacer.

Área Laboral

Yashumi no ha laborado porque su mamá no le deja, sin embargo, manifiesta: me gustaría trabajar porque me da vergüenza pedirle plata a mi mamá”.

Desarrollo Psicosexual

Yashumi inicio su vida sexual el presente año 2021 en el mes de marzo, fue con su primer enamorado en su casa, recuerda que quedaron encontrarse en su casa porque ese día a

esa hora sus padres no estarían. Yashumi refiere que se sentía nerviosa y sintió ansiedad 6/10 pero confiaba en el sintiendo placer 7/10, ya que siempre la ha apoyada por él, ya que le tuvo paciencia, la examinada manifiesta que su enamorado se puso preservativo, pero después se lo saco, después se tomó la pastilla del día siguiente, luego pensó “si mi mama se entera me mata”. Luego ya no volví a tener relaciones ya que comenzaron una seguidilla de problemas que dificultaron seguir con la relación.

Actitudes y preferencias religiosas

Yashumi manifiesta que ningunos de nosotros fuimos bautizados y que no practicamos ninguna religión.

Historia de Interacción Social

Yashumi recuerda que de niña fue jugaba con los niños y amigos, se unía al grupo de juego e interactuaba y participaba en las actividades escolares. A los 7 años comenzó a tener dificultades de sociabilización ya que perdió cierto interés para sociabilizar prefería quedarse sin participar con el grupo, estaba más callada, Yashumi refiere tenía pensamientos “Me voy a matar”, sin embargo, no era nada serio y al final nunca lo llevaba a cabo. A los 10 años se pelea con su compañera ya que le molestaba golpeándola ya que se le molestaba, A los 13 años vuelve a tener problemas para resolver sus conflictos ya que vuelve a pelearse, pero esta vez con un compañero ya que era bien abusivo y molesto.

Hábitos e Intereses

Yashumi refiere que actualmente gusta de escuchar música en especial de genero Hip hop, así mismo de pasar tiempo con su gato.

Accidentes y Enfermedades

Yashumi manifiesta que adolece de la gastritis desde los 12 años.

Historia familiar

Padre: Juan Manuel, de 39 años, obrero de construcción civil natural de Lima, grado

de instrucción secundaria completa. La examinada refiere que su padre es colérico, renegón, poco comunicativo con su familia, le gusta tomar cerveza los fines de semana con sus amigos y llega borracho a casa. Respecto a su relación con su padre Sayumi la define como distante y manifiesta “mi papa no habla conmigo, solo me dice que me porte bien y que haga caso en todo, constantemente grita y se pelea con mi mama, discute cuando las cosas no salen como quiere”, nos llevamos de lejos.

Madre: Roció, de 39 años, trabaja de mototaxista, natural de Lima, grado de instrucción secundaria completa. Al referirse a su mama la describe como una persona estricta que la corregía cuando se portaba mal o hacia travesuras, Sayumi refiere que la obedecía de niña, pero dejó de obedecerla de adolescente porque “me controla, me trata como niña, no me deja decir mis opiniones y tener enamorado porque dice que no tengo edad. Para la examinada describe la relación con su madre es constantemente conflictiva, sobreprotegiendo y decidiendo mis acciones.

Hermana Eva de 09 años, estudiante de educación básica regular, Examinada refiere que la relación con mi hermana es conflictiva ya que constantemente están discutiendo por realizar las labores y deberes del hogar. Refiere “mi hermanita es muy molestosa, me crítica y además tengo que ayudarle siempre a realizar sus tareas.

Antecedentes Psiquiátricos

Sayumi refiere que su padre le ha comentado que su tía sufrió de depresión cuando tenía 30 años. La examinada indica que su papa ha asistido a terapia psicológica porque tiene problemas en controlar sus impulsos e ira.

2.6.2. Instrumentos psicológicos aplicados

2.6.2.1. Inventario de depresión de Beck

Nombre de la evaluada: Yashumi

Edad: 16 años

Motivo de evaluación: evaluación psicológica para elaboración de plan psicoterapéutico

Observación de la conducta: Evaluada se muestra colaboradora durante el proceso de evaluación, realiza consultas pertinentes sobre la prueba con un tono de voz bajo, asimismo, manifiesta sentirse tranquila al momento de realizar la prueba.

Resultados

La paciente obtuvo una puntuación de 31, lo cual es considerado dentro de la categoría DEPRESIÓN GRAVE

Se obtuvo que la paciente muestra en las dos últimas semanas sentimientos constantes de tristeza, presencia disminución del disfrute de sus actividades, asimismo, sentimientos de culpa y percepción de que está siendo castigada, además, resalta la dificultad para tomar decisiones y la pérdida absoluta de su interés sexual.

Conclusiones

- Sintomatología compatible con un cuadro de depresión severa
- Realizar una evaluación a profundidad
- Iniciar plan de intervención psicológica

2.6.2.2. Cuestionario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

Nombre de la evaluada: Yashumi

Edad: 16 años

Motivo de evaluación: evaluación psicológica para elaboración de plan psicoterapéutico

Observación de la conducta: Evaluada se muestra colaboradora durante el proceso de evaluación, realiza consultas pertinentes sobre la prueba con un tono de voz bajo, asimismo, manifiesta sentirse tranquila al momento de realizar la prueba.

Resultados

Tipo de Creencia	Puntaje Obtenido	Tipo de Creencia	Puntaje Obtenido

Creencia Irracional #1:	7	Creencia Irracional #6:	9
Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.		Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	
Creencia Irracional #2:	9	Creencia Irracional #7:	6
Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.		Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	
Creencia Irracional #3:	4	Creencia Irracional #8:	6
Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.		Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	
Creencia Irracional #4:	6	Creencia Irracional #9:	4
Es horrible y catastrófico cuando las cosas nos son de la manera en que nos gustaría.		Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	
Creencia Irracional #5:	4	Creencia Irracional #10:	3
Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.		La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	

La evaluada considera que las personas deben ser infalibles, por lo cual, ante cualquier fallo una persona debería sentirse mal o ser castigada, eso también podría considerar debido a

que percibe que se debe sentir miedo y ansiedad ante situaciones desconocidas, las cuales escapan de su control

Conclusiones

- Sintomatología compatible con un cuadro de depresión severa Sugerencias
- Realizar una evaluación a profundidad
- Iniciar plan de intervención psicológico

2.6.3 Informe Psicológico Integrador Datos de Filiación:

Apellidos y Nombres	Yashumi N. C. R.
Edad	16 años
Fecha y Lugar de Nacimiento	17 de Febrero del 2005
Grado de Instrucción	Tercero de Secundaria
Estado Civil	Soltera
Nro. Hermanos	1 hermano (mayor)
Nro. Hijos	0 hijo
Ocupación	Estudiante
Religión	Cristiana
Fecha de Entrevista	20-06 y 13 de Julio
Lugar de Entrevista	CMI Tahuantinsuyo Bajo–Independencia
Evaluable	Psic. Juan Carlos Gutiérrez Huanca

Motivo de consulta

Yashumi refiere “desde hace cinco años tengo problemas familiares que están afectándome y no sé cómo puedo salir de todo esto, he intentado suicidarme cuatro veces”, “Necesito ayuda para salir de este hoyo en el que me encuentro, sufro mucho, me siento muy triste, me siento sola, nadie me comprende y todo me aburre, la vida no tiene sentido”.

La madre de Yashumi manifiesta que su hija se siente triste constantemente, se encierra en su cuarto casi todo el día y no quiere salir, a veces reacciona de forma impulsiva y poco tolerante cuando se le pide que vaya a la tienda a comprar, no quiere hablar con nadie y solo quiere estar en su cuarto utilizando su celular viendo videos e interactuando por las redes sociales, ha perdido peso y el deseo por realizar sus actividades diarias.

Observación psicológica

Paciente de sexo femenino, contextura delgada; tez blanca, con peso y talla acorde a su edad. Viste acorde a la estación y presenta un adecuado estado de higiene y aliño personal. La paciente muestra colaboración hacia la entrevista, se observa una postura adecuada, sin problemas en la marcha. La paciente durante el proceso de evaluación indica que “quiero mejorar necesito ayuda”

Problema actual

Yashumi manifiesta que durante los últimos 60 días ha experimentado tristeza profunda, desesperanza e irritabilidad por asuntos de poca importancia, asimismo ha perdido el interés por realizar sus actividades convencionales debido a que estas ya no le generan placer, ha dejado de realizar deportes, además, presenta un descenso en su rendimiento académico.

Su bajo estado de ánimo se presenta cuando discute con sus familiares, al estar sola en su cuarto, al recordar los problemas familiares acompañado de pensamientos “soy una inútil y una carga para mi familia, qué sentido tiene seguir viviendo”.

Ante los problemas familiares y con su enamorado, la evaluada tiene pensamientos como: “no puedo vivir sin él”, “Nadie me comprende”, “Mi mamá no se merece al hombre que tiene (papá)”,” mis padres nunca van a cambiar”,” Me quiero morir”. Siente tristeza (10/10), desesperanza (10/10), culpa (10/10), ansiedad (9/10). Experimenta tensión muscular, dolor en el pecho, aceleración del corazón, aceleración de la frecuencia respiratoria, cefaleas. Al sentirse así ella se conecta a las redes sociales para expresar sus sentimientos a través de mensajes,

memes y estados en las redes sociales.

Su madre al entrar al cuarto de Yashumi la encuentra llorando echada en su cama y mirando el celular, le pregunta por qué lloras y la menor le dice que es por todos los problemas que tienen, entonces su mamá la consuela y le promete que ella y su papá van a cambiar, sin embargo, pasado un tiempo vuelven a tener los mismos problemas, al respecto Yashumi sufre teniendo pensamiento “esto nunca va acabar”, Prefiero morirme para no ver más estos problemas”.

Yashumi recuerda estos últimos dos meses ha sido la etapa más intensa que se ha deprimido, ha dejado de hacer las tareas en el colegio, bajar su rendimiento académico en general y perder la motivación para estudiar, empezó a estar todo el día en su cuarto acompañado de un gatito y viendo su celular constantemente como sus compañeros y compañeras le dan like a sus publicaciones lo cual genera en ella un sentimiento de bienestar y alegría momentánea.

Técnicas e instrumentos de evaluación

- Entrevista psicológica
- Observación psicológica
- Análisis cognitivo
- Anamnesis
- Inventario de depresión de Beck
- Cuestionario de creencias irracionales de Ellis
- Historia psicológica

Área cognitiva

La evaluada se encuentra lúcida y orientada en tiempo, espacio y persona, presenta un lenguaje fluido con un tono de voz bajo y ritmo lento, no se aprecian alteraciones en la atención, concentración ni memoria aparentemente, asimismo no se manifiestan problemas en la

percepción. Impresiona un nivel intelectual promedio, presenta ideación suicida ante las situaciones conflictivas.

Área emocional

Yashumi presenta tristeza profunda constantemente, se muestra irritable ante situaciones cotidianas y desesperanza al considerar que no presenta las herramientas adecuadas para resolver los problemas, estas emociones suelen intensificarse cuando percibe las discusiones de sus padres, en ese momento, la tristeza aumenta y la expresa con llanto, considera que su madre no merece a su padre y que no cambiarán, esto le genera impotencia, dolores de pecho, aceleración en el ritmo cardiaco, como método para regular esas emociones disfóricas suele emplear la evasión de la situación y recurrir a las redes sociales para distraerse.

Área familiar

Se aprecia que existe una relación familiar conflictiva, donde predomina la minimización verbal y ofensiva para corregir las conductas, los límites son difusos y las normas son rígidas.

Examinada comenta que la relación con sus padres ha sido disfuncional, problemática, refiere que generalmente eran indiferentes y poco comunicativos, constantemente recibía maltrato psicológico recibiendo reproches como “eres una tonta, no sirves para nada, vago y flojo, no pareces mi hija”. Estas expresiones generaban resentimiento y odio hacia su padre, por lo tanto, prefería tener una distancia hacia su figura paterna.

La relación de la examinada con su madre distante y de poca confianza. Al respecto la menor refiere “siempre le cuestiona todo lo que hago y quiero hacer”, “siempre está presionándome para que haga las cosas como ella quiere”, “me juzga si quiero expresar mis opiniones”. Por lo mismo Yashumi ha decidido encerrarse en su cuarto y no salir, acompañada de sentimientos de tristeza y desesperanza.

Área social

Yashumi actualmente posee escasas habilidades para socializar, presenta dificultades para iniciar y mantener una comunicación, asimismo, prefiere aislarse de sus pares, debido a que esto le genera menos problemas con los miembros de su familia. En la actualidad tiene un enamorado, con el cual se siente bien y segura, sin embargo, es una relación que los padres no aprueban, por lo cual, le ha generado diversos problemas a nivel emocional como tristeza constante e irritabilidad, en ocasiones ha pensado en el suicidio.

2.6.4. Análisis e interpretación de Resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones (para el usuario y familia).

Diagnóstico Clínico, Según CIE-10

F322 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días (OMS 2017).

Tabla 1

Diagnóstico tradicional: criterios según el CIE 10 para el Episodio Grave sin síntomas psicóticos

CRITERIOS CIE 10	Presentes en el paciente
a. Humor depresivo solo	Siente tristeza, pensamientos de inutilidad por parte de sus seres queridos, culpa, ansiedad, angustia y remordimiento.
b. Disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado	En los últimos meses ha dejado de hacer sus actividades habituales, no tiene motivación para salir de casa y siente cansancio excesivo.

- c. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad Presenta pensamientos de inutilidad porque tiene miedo a equivocarse y a recibir reproches de sus padres.
- d. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves) Tiene sentimientos de culpa y remordimiento porque sus padres pelean, así como impotencia y tristeza generando pensamientos de inferioridad, además presenta pensamientos de inutilidad “No sirvo para nada”.
- e. Los pensamientos y actos suicidaso de autoagresiones La madre manifiesta que en ocasiones la encontró llorando en su cuarto manifestando “la vida no tiene sentido”. Yashumi manifiesta “he pensado en suicidarme desde los 10 años hasta la fecha ahora más seguido cuando estoy en mi cuarto sola”, “tome veneno para ratas 3 veces y la cuarta vez me corte las venas”.
- f. Los trastornos del sueño Presenta un incremento considerable del sueño.
- g. La pérdida del apetito. Se indica que su apetito ha disminuido considerablemente debido a la idea “No tiene sentido comer porque no sirvo para nada” prefiriendo dormir. La madre describe que la paciente se aísla, tiene mucho sueño, llora seguido y en alguna ocasión se vio agitada de respiración y con temblor corporal.
- h. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas)

Tabla 2*Análisis cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Al pensar en los problemas que tienen mis padres	“Me gustaría no existir para no ver y escuchar lo que pasa”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Tristeza 10/10 • Tomo y después lo veneno vomito.
Al encontrarse en una fiesta o cuando sus padres le piden que salga a una reunión.	“Prefiero no hablar con nadie y pasar desapercibida, las fiestas son aburridas”	<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza 10/10 • Ira 10/10
Cuando mis padres no me escuchan cuando tengo sentimientos de tristeza.	“La vida no tiene sentido, prefiero morir” no	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Vergüenza 10/10 • Tomo por segunda vez veneno y después lo vomito.

Al pedirle que trabaje en grupo	“Todos se burlarán de mí y mis padres me castigarán”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Vergüenza 10/10
Cuando la invitan a una reunión	“Prefiero no ir a ninguna fiesta, porque me aburre”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Rechaza invitaciones de trabajos familiares. • Ansiedad 10/10 • Temor 10/10 • Tomo por tercera vez veneno, y después lo vomito • Vergüenza 10/10 • Ira 10/10 • Culpa • Cólera
Al tomar veneno para intentar suicidarse	“No puedo hacer esto, que estoy haciendo”.	
Recibe críticas negativas sobre los errores que comete.	“Odio a mi padre por las cosas que me dice”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Vergüenza 10/10 • Ira 10/10 • Culpa • Cólera
Cuando mi madre me pide que termine con mi enamorado.	“Odio a mi madre porque siempre tengo que hacer lo que ella me dice,” “la vida no tiene sentido”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad 10/10 • Vergüenza 10/10 • Me corto las venas hasta que sale sangre y me detengo.

2.7. Intervención

2.7.1. Plan de intervención

Nº SESION	OBJETIVO	TECNICA
1	Identificar los indicadores depresivos en la paciente.	Evaluación psicológica
2	Identificar los indicadores depresivos en la paciente.	Evaluación psicométrica Análisis cognitivo
3	Identificar los indicadores depresivos en la paciente.	Elaboración de la línea base
4	Instruir al paciente en la problemática y la intervención.	Psicoeducación
5	Instruir al paciente en la problemática y la intervención	Autorregistro
6	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Análisis y evaluación lógica Evaluación empírica
7	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Ensayo conductual Autorregistro
8	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Imaginación racional emotiva
9	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Inversión del rol racional.
10	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Metas fuera de lo usual
11	Generar el cambio de creencias irracionales y emociones negativas	Distracción cognitiva

12	Establecer un seguimiento	Evaluación psicológica
13	Establecer un seguimiento	Retroalimentación

2.7.2. Programa de intervención

a. Etapa evaluativa

Tabla 3

Primera sesión – evaluación

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación bienvenida	“Saludo y presentación”	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se establece el rapport por medio de la conversación sobre los intereses que presenta • Se realiza la explicación del proceso de evaluación e intervención 	-	5	
Desarrollo de la evaluación	Evaluación psicológica	Recopilar información sobre el motivo de consulta y las áreas a evaluar	<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de una entrevista semiestructurada se recopila la información necesaria sobre el motivo de consulta, la descripción de los síntomas, la aparición e intensidad, asimismo se realiza las posibles explicaciones 		30	

Despedida	Compromiso para la siguiente sesión	Conseguir la participación de la siguiente sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que en la siguiente sesión se desarrollarán pruebas psicológicas 	5
-----------	-------------------------------------	---	---	---

Tabla 4

Segunda sesión – evaluación psicométrica

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Presentación bienvenida	“Saludo y presentación”	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se establece el rapport por medio de la conversación sobre los intereses que presenta • Se realiza la explicación del proceso de evaluación por medio de los instrumentos psicológicos 	-	5	
Desarrollo de la evaluación	Evaluación psicométrica	Recopilar información por medio de los	<ul style="list-style-type: none"> • Se explican los dos instrumentos empleados 	Cuestionario de creencias Irracionales de Albert Ellis	30	

		instrumentos psicológicos	el Cuestionario de creencias irracionales. El cual dispone de 100 preguntas donde la paciente deberá marcar sí o no, según corresponda el enunciado; asimismo se aplica el Inventario de depresión de Beck el cual consta de 21 preguntas de selección múltiple y deberá marcar según como se ha sentido en las dos últimas semanas.	Inventario de depresión de Beck	
Despedida	Compromiso para la siguiente sesión	Conseguir la participación de la siguiente sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que en la siguiente sesión se desarrollarán pruebas psicológicas 		5

Tabla 5

Tercera sesión – evaluación psicométrica

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
--------	-----------	----------	----------------------------	---------------------	--------	---------------

Presentación bienvenida	“Saludo y presentación”	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se establece el rapport por medio de la conversación sobre los intereses que presenta 	-	5
Desarrollo de la evaluación	Elaboración de la línea base	Realizar la línea base	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante la información extraída por el proceso de evaluación se elabora la línea base, donde se coloca la frecuencia e intensidad de las creencias irracionales que presenta la paciente 		30
Despedida	Compromiso para la siguiente sesión	Conseguir la participación de la siguiente sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que la siguiente sesión se iniciará con la intervención 		5

b. Etapa

informativa

Tabla 6

Cuarta sesión - psicoeducación

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
--------	-----------	----------	----------------------------	---------------------	--------	---------------

Presentación bienvenida	“Saludo y presentación”	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se realiza preguntas sobre las actividades que ha realizado durante la semana 	-	5	
Estructura de las sesiones	“Acuerdos con la paciente”	Establecer horario en un periodo de tiempo de 7 días de las sesiones así mismo la puntualidad en la asistencia y cumplimiento de tareas (alianza terapéutica).	<ul style="list-style-type: none"> • Se fijaron los días martes para las sesiones. • Hora acordada 4pm • Mantener apagado el celular durante la sesión • En caso de no poder asistir a las sesiones, llamar por teléfono para poder reprogramar su cita • Cumplir con actividades programadas. • Expresar claramente sus dudas, inquietudes y desacuerdos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formatos de contrato conductual y el consentimiento informado • Hojas bond • Lapiceros 	de 10	La usuaria firmó el contrato conductual y el consentimiento informado.
Desarrollo central	Explicación sobre el episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos.	Instruir a la paciente sobre su problemática para un mejor entendimiento sobre su sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> • Se motivó a compartir sus vivencias sobre cómo ha experimentado la depresión. • se diálogo sobre el tema explicándole de una manera concisa lo que es el trastorno de depresión y como este afecta la vida de muchas personas al igual que a ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Papelote • Plumón • Laptop • Video de terapia • Infografías • Video 	10´	

Final	Resumen	Retroalimentación de la información brindada Psicoeducación	Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión. Se invita a la paciente que busque información por su cuenta	5'	Se le brindan los links de los videos de la sesión para que al visualizarlos se fortalezca el aprendizaje.
-------	---------	--	--	----	--

c. Etapa de entrenamiento

Tabla 7

Quinta sesión – Autorregistro I

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar información pasada.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se realiza preguntas sobre el tema visto la semana anterior y sobre la información que ha podido revisar 	-	5'	
Introducción	”¿Qué es la TREC?”	Brindar información sobre el proceso de intervención de la Terapia Racional Emotiva Conductual .	<ul style="list-style-type: none"> • Se explican los principios de la TREC, donde existen eventos activadores (A) que activan ciertas creencias (B) y generan emociones y conductas (C) • Por medio de ejemplos se explica la diferencia entre ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Columna registro • Libreta o cuaderno 	de 10'	

Desarrollo central	Iniciando con el autorregistro	Que la paciente pueda identificar y registrar los A,B y C	<ul style="list-style-type: none"> • Se le pedirá a la paciente que realice el registro de algunas situaciones, siguiendo el modelo ABC • Se hará un repaso de las situaciones que le han <u>generado alguna emoción</u> 	15´
Final	Resumen	Retroalimentación	<p>intensa como tristeza profunda o ansiedad de la semana con el fin de que paciente pueda practicar.</p> <p>Se realizarán preguntas sencillas y se pedirá que realice el registro de los eventos durante esta semana.</p>	5

Tabla 8

Sexta sesión – Técnicas para discutir y debatir creencias

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar información pasada.	<p>la</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se realiza preguntas sobre el tema visto la semana anterior y se consulta sobre la dificultad de realizar el autorregistro 	-	5´	

Introducción

Revisión
creencias
irracionales

de

• Se explica que todos tenemos creencias irracionales y estas influyen en las emociones y conducta que realizamos, se revisa las situaciones donde ha presentado mayor tristeza

o

• Autorregistro

10'

Desarrollo central	El autorregistro	Lograr que la paciente identifique las creencias irracionales y pueda afrontarlas	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica que muchas las creencias que tenemos están sustentadas en experiencias, las cuales suelen ser aisladas y en base a estas realizamos conclusiones absolutistas. • Se tomará las creencias irracionales relacionadas al bajo desempeño como “no sirvo para nada” y se empleará la evaluación empírica, por medio de hechos se buscará el debate de estas creencias. • Asimismo, se empleará el análisis y evaluación lógica, donde se identificará las creencias irracionales que presentan errores lógicos. • Una vez cuestionadas las creencias irracionales se buscará cambiar la creencia por medio de opciones, estas se registrarán en una cuarta columna del autorregistro (D) 	• Autorregistro	15´
Final	Resumen	Retroalimentación	Se realizarán preguntas sencillas y se pedirá queañada la cuarta columna en los registros de la siguiente semana		5

Tabla 9

Séptima – Autorregistro II

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar información pasada.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se realiza preguntas sobre el tema visto la semana anterior y se consulta sobre la dificultad de realizar el autorregistro (D) 	-	5’	
Introducción	Ensayo conductual	Generar nuevas creencias racionales	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisa el registro con la nueva columna, asimismo, se debaten las creencias irracionales y se ensayarán posibles creencias adecuadas 	• Autorregistro	10’	
Desarrollo central	Autorregistro II	Identificar el cambio de la emoción a través del cambio de creencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se resalta el hecho que, los pensamientos influyen en las emociones que sentimos y en las acciones que realizamos. • Mediante las nuevas creencias elaboradas, se pide a la paciente que manifiesta que emoción le ha generado la nueva creencia. • Asimismo, se busca identificar qué nuevas conductas le traerían esa <u>nueva</u> 	• Autorregistro	15’	

			<ul style="list-style-type: none"> • Estas serán colocadas en el autorregistro en una nueva columna (E) 		
Final	Resumen	Retroalimentación	Se realizarán preguntas sencillas y se pedirá que añada la quinta columna en los registros de la siguiente semana	5	

c. Etapa ejecutiva:
Tabla 10

Octava sesión – Manejo de conductas autolesivas mediante la inundación emocional

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar la información de la sesión pasada.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se realiza preguntas sobre el tema visto la semana anterior y se pregunta sobre las emociones generadas a partir del cambio de creencias. 	-	5’	

Introducción	Cuidando nuestro cuerpo	Adquirir recursos para afrontar emociones intensas	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una revisión del autorregistro y se prepara la situación para recordar los momentos donde ha atentado contra su vida. • El terapeuta señala con detalle las situaciones que han ocurrido las conductas autolesivas, se pide a la paciente que intente recordar con detalle esas situaciones y expresa las creencias y emociones que está sintiendo. 	• Autorregistro	10'
Desarrollo central	Imaginación racional emotiva	Cambiar las creencias y reducir la emoción que conlleva a la conducta autolesiva	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente expresará los creencias irracionales y emociones que siente en ese momento al recordar las situaciones, en esa situación intentará darle nuevas creencias adecuadas, y se buscará que exprese el cambio de la intensidad de la emoción, asimismo que evalúe la conducta autolesiva que realiza anteriormente y si en esta situación desea realizarla nuevamente. 	• Autorregistro	15'

Final	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se solicita a la paciente que pueda generar una lista en conductas que ha dejado de realizar y le gustaría volver a hacer. 	5
-------	---------	-------------------	--	---

Tabla 11

Novena sesión – Evaluación de lo aprendido

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar información pasada.	la <ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se realiza preguntas sobre el tema visto la semana anterior y se consulta sobre la dificultad de realizar el autorregistro (E) 	-	5'	

Introducción	Revisión de los registros	Identificar las creencias irracionales	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisa el autorregistro, en esta oportunidad el terapeuta recogerá las creencias irracionales más habituales y realizará una lista desde las menos hasta las más intensas 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro 	10'
Desarrollo central	Inversión del rol racional	Que la paciente pueda identificar las creencias irracionales y brindar creencias racionales	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta tomará el lugar de la paciente, donde expondrá algunas situaciones que ha recopilado del autorregistro, señalará las creencias que presentó, las emociones y la conducta, todo en primera persona. • La paciente propondrá nuevas alternativas a las creencias irracionales, asimismo qué emociones y conductas se podrían generar a partir de estas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro 	15'
Final	Resumen	Retroalimentación	Se realizarán preguntas sobre la percepción del desempeño durante la sesión, asimismo, se resaltaré la importancia de poner en práctica para las futuras sesiones.		5

Tabla 12

Décima sesión – Adquisición de nuevas conductas de autocuidado

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar la información de la sesión pasada.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se consulta sobre los cambios que ha presentado durante la semana y cómo se ha sentido 	-	5'	
Introducción	Cuidando nuestra salud mental	Reconocer comportamientos de autocuidado para la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una breve explicación sobre comportamientos que puedan ayudar a nuestra salud mental, como la actividad física, compartir momentos con amistades, la lectura, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro 	10'	

Desarrollo central	Metas fuera de lo usual	Adquirir comportamientos que contribuyan a la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante la lista de actividades se evaluará cuáles son las conductas que puedan realizarse durante la sesión, asimismo, se pedirá que la paciente señale las creencias que tiene sobre las conductas, por ejemplo “salir a caminar al parque” (A), “me parece una actividad importante para distraerme” (B), “me siento cómoda y tranquila cuando (C). • Se pedirá que las coloque en los registros y pueda iniciar con un plan durante la semana, asimismo, anotarlo siguiendo las columnas ABC, en caso la emoción no sea disfórica y ABCDE si lo es. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro • Lista de actividades 	15´
Final	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza algunas preguntas sobre el tema 	5	

Tabla 13*Décimo primera sesión – Revisión y técnicas de distracción cognitiva*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar la información de la sesión pasada.	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se consulta sobre cómo se ha sentido durante la semana. 	-	5’	
Introducción	Cuidando nuestra salud mental	Evaluar y consolidar conductas de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante la revisión del registro y lo manifestado por la paciente, se determinarán cuáles son los comportamientos más eficientes y agradables para ella, los cuales la paciente tendrá que dar su aprobación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro 	10’	
Desarrollo central	Distracción cognitiva	Manejar estrategias saludables para manejar situaciones complicadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Se señalará que, tal vez, existan situaciones que son complicadas de manejar en el momento y que escapan del control de uno, por lo cual, se tendrá que recurrir a técnicas de distracción para manejar mejor nuestras emociones y luego evaluar las creencias irracionales, posteriormente, con las técnicas aprendidas debatirlas y reestructurarlas 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistro • Lista de actividades 	15’	

Final	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza algunas preguntas sobre el tema y se busca que la paciente pueda cumplir con las actividades propuestas. 	5
-------	---------	-------------------	---	---

Tabla 14

Décimo segunda sesión – Evaluación de la intervención

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Consolidar la información de las sesiones previas	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se consulta sobre ha manejado las situaciones durante la semana 	-	5’	
	Evaluación psicológica	Evaluar los indicadores depresivos intervenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza una entrevista semiestructurada sobre los indicadores evaluados en las primeras sesiones. 		15’	
Desarrollo central	Evaluación psicométrica	Evaluación por medio de escalas.	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante las escalas se realiza la evaluación correspondiente y se comparan los datos con los obtenidos en la primera sesión 	Cuestionario de creencias Irracionales de Albert Ellis Inventario de depresión de Beck	20’	

Final	Resumen	Retroalimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza un análisis sobre los cambios obtenidos, asimismo se concreta una sesión de seguimiento en un periodo de un mes 	5
-------	---------	-------------------	--	---

Tabla 15*Décimo tercera sesión – Establecimiento del seguimiento*

Etapas	Actividad	Objetivo	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Tiempo	Observaciones
Bienvenida y resumen	“Saludo y bienvenida”	Generar un ambiente grato	<ul style="list-style-type: none"> • Se le brinda la bienvenida a la usuaria. • Se consulta sobre cómo ha estado con las técnicas que ha aprendido 	-	5’	
Desarrollo central	Seguimiento	Evaluación del empleo de técnicas utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante una entrevista se consulta sobre el empleo de las técnicas aprendidas y cómo ha modificado sus emociones y conductas 	□	20’	
Final	Elaboración del compromiso	Generar un compromiso sobre las futuras atenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Se motiva al paciente a recurrir a próximas sesiones psicológicas si es que considera que requiere el apoyo. 		5	

2.7.3 Procedimientos

Se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. Asimismo, se describieron cada uno de los instrumentos, con sus respectivas fichas técnicas, de evaluación pertinentes utilizados en el estudio. El tratamiento se prolongó a lo largo de 12-14 sesiones, cada una con 40-60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, sin embargo si ocurriera una contingencia se añadiría una sesión a la semana pertinente (se tuvo en consideración las normas de salud vigentes en el contexto COVID-19) así como del estado de emergencia sanitaria. La terapia tuvo una duración aproximada de seis meses, desde la demanda hasta la evaluación final. Las sesiones estuvieron divididas entre la evaluación pretratamiento, el proceso de evaluación propiamente dicho (Historia psicológica, problema actual, desarrollo cronológico del problema, historia personal, evaluación psicométrica y Dx en sus diversas modalidades, finalmente la intervención propiamente dicha. Estos procedimientos y actividades fueron registradas en tablas estadísticas de frecuencia e intensidad.

III Resultados

3.1 Análisis de resultados

A continuación, se presenta el análisis obtenido de la entrevista, la aplicación de las pruebas psicológicas, el listado de conductas problema y el análisis cognitivo adecuado para el caso de Yashumi de 16 años de edad con depresión severa por sentimientos de culpa a raíz de la separación con su enamorado la más significativa para ella.

Línea Base

Establecimiento del repertorio de entrada

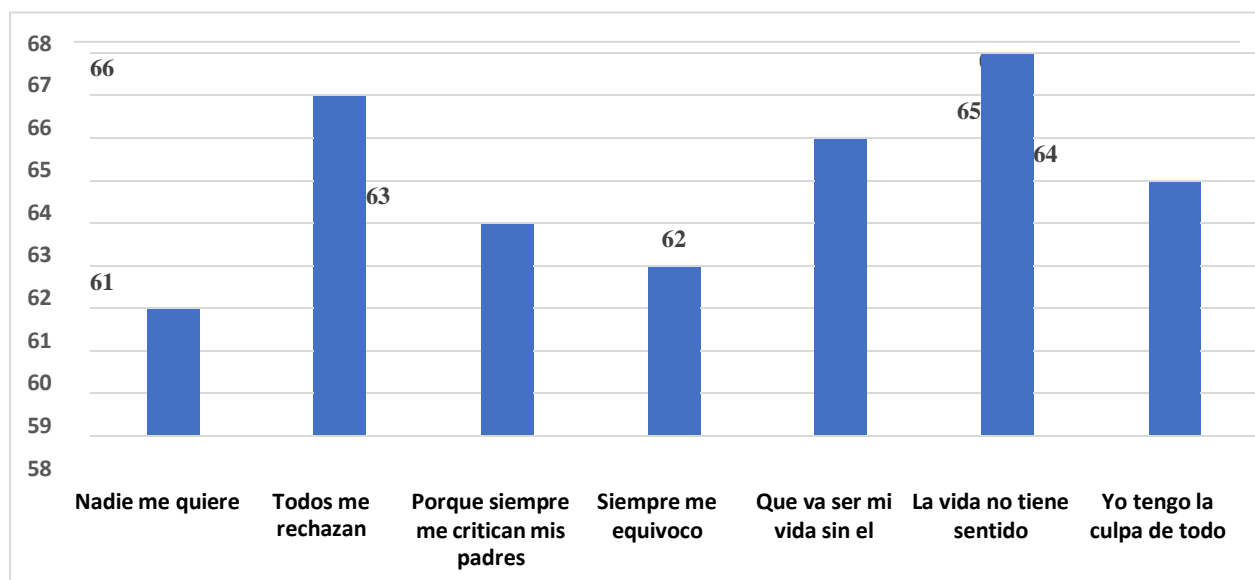
Tabla 16

Registro de frecuencia de pensamientos del paciente, línea base

Pensamiento / Problema	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total
“Nadie me quiere”	9	8	9		9	8	10	61
“Todos me rechazan”	9	10	9		9	10	10	66
“Porque siempre me critican 8 mis padres”	8	9	9		10	10	9	63
“Siempre me equivoco”	9	7	9		9	10	10	62
“Que va ser mi vida sin el”	9	8	10	0	9	9	10	65
“La vida no tiene sentido”	9	9	10	0	9	10	10	67
“Yo tengo la culpa de todo”	9	8	9	0	8	10	10	64

Figura 1

Registro semanal pre test de frecuencia de creencias depresivas

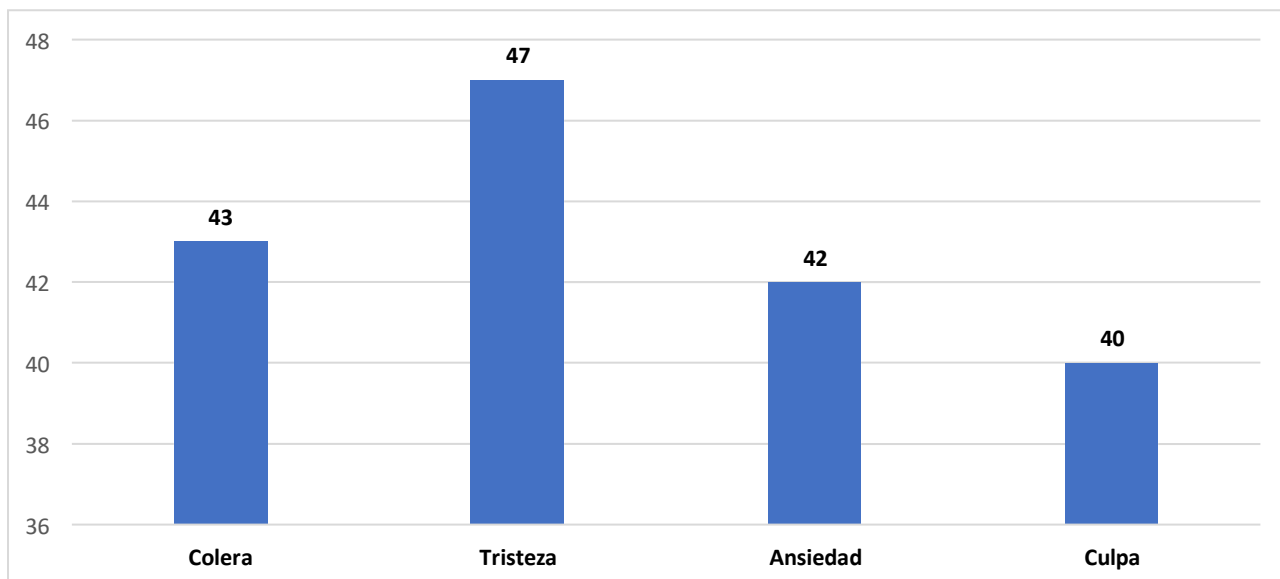
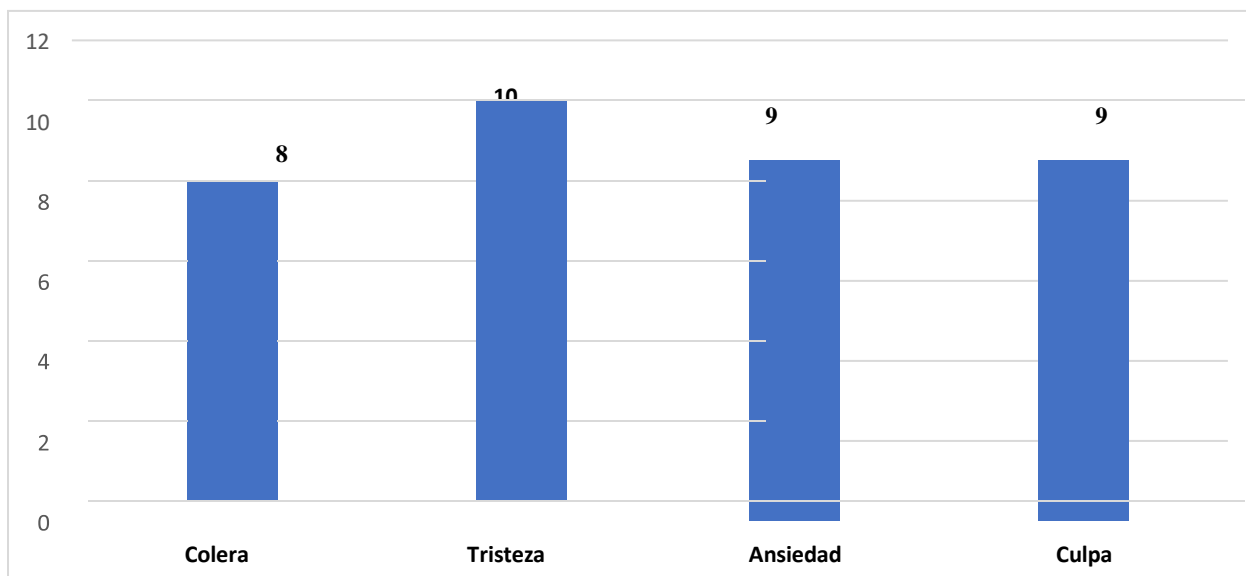


Como se aprecia en la tabla 4 y figura 2, se observa la existencia de un total de 67 veces a la semana del pensamiento “La vida no tiene sentido” seguido de “todos me rechazan” (66), “que va ser de mi vida sin él” (65), “yo tengo la culpa de todo” (64), “Mis padres siempre me critican” (63), “Siempre me equivoco” (62), “Nadie me quiere” (61), indicadores de una alta frecuencia de pensamientos negativos e irracionales, que el paciente repite durante los días a la fecha y que constituye la línea base de pensamientos que perturban al paciente.

Tabla 17

Registro semanal de frecuencia e intensidad (1 – 10) de sentimientos de paciente, línea base

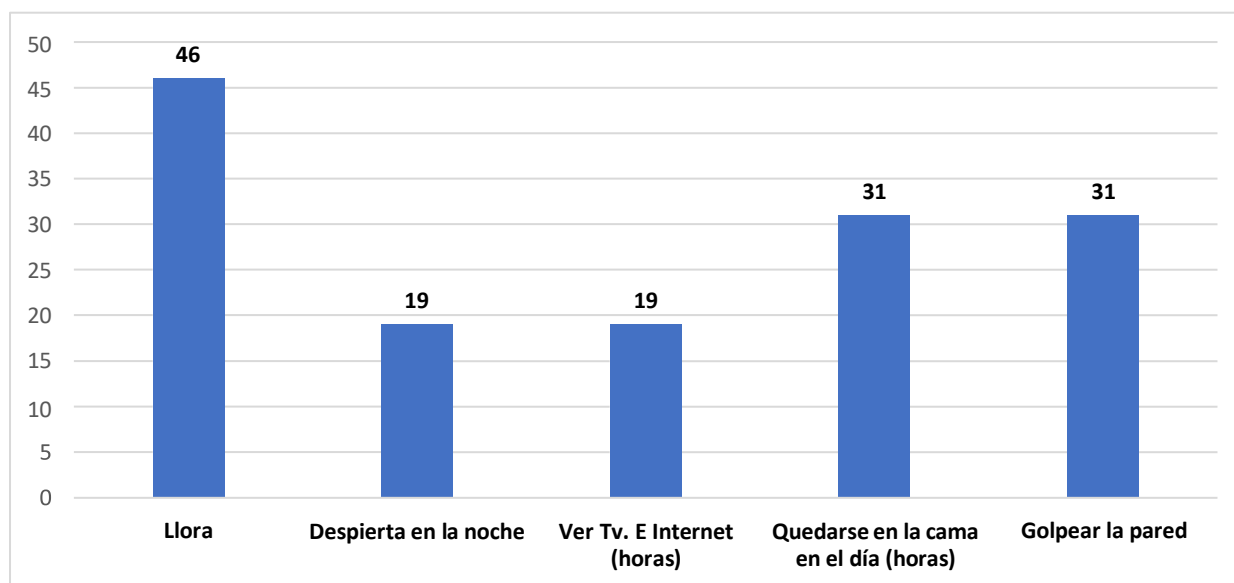
Conducta / Problema	Rec. / Inten.	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sáb	Dom	Total
Cólera (0-10)	FI	5	6	5	6	8	7	6	43
		8	7	7	8	9	10	10	8
Tristeza (0-10)	F	6	7	7	6	6	7	8	47
	I	0	9	9	8	10	10	10	10
Ansiedad (0-10)	F	4	5	6	7	5	7	8	42
	I	10	8	8	9	9	10	10	9
Culpa (0-10)	F	5	7	7	6	5	6	4	40
	I	10	8	7	7	9	10	10	9

Figura 2*Registro semanal pre test de frecuencia de emociones (total)***Figura 3***Registro semanal de intensidad de emociones (promedio)*

Se evidencia que la emoción de tristeza tiene una frecuencia de 47 en la semana, así como una intensidad de 10 como promedio, seguido de la cólera con una frecuencia de 43 y en promedio de intensidad 8, luego la ansiedad de 42 y en promedio de intensidad 9, para terminar con la culpa con 40 de total de frecuencia y 9 de promedio de intensidad.

Tabla 18*Registro semanal de frecuencia y duración de conductas problema, línea base*

Conducta Problema	/Rec./ur.	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total
Llora	D	6h	6h	6h	6h	7h	8h	7h	46h
Despierta en lanoche	FD	2h	2h	2h	2h	3h	4h	4h	19h
Ver Tv. eInternet	FD	3h	2h	3h	2h	2h	3h	4h	19h
Quedarse en lacama en el día	FD	4h	3h	3h	3h	4h	7h	7h	31h
Golpear lapared	FD	4h	2h	3h	4h	4h	7h	7h	31h

Figura 4*Registro semanal de frecuencia de conducta (total)*

Tal como se evidencia en la tabla 6 y figura 5, en la frecuencia de llorar es de 46 veces en la semana y la cantidad de horas es de 37, quedarse en la cama es de 31 veces y una duración de 79 horas, seguido de golpear la pared que es de 31 y una duración de 4 horas 50 minutos. Terminando con estar despierto en la noche y ver tv e internet en el celular con 19 veces y una duración de 31 y 47 horas de duración respetivamente.

Se estableció los registros de línea base en relación a las creencias irracionales, emociones perturbadoras y conductas inadecuadas antes y después de la intervención del programa. Así mismo para el pre y post test que midieran la sintomatología depresiva se utilizó como instrumento evaluativo el Inventario de depresión de Beck y el Cuestionario de Creencias Irracionales de Albert Ellis

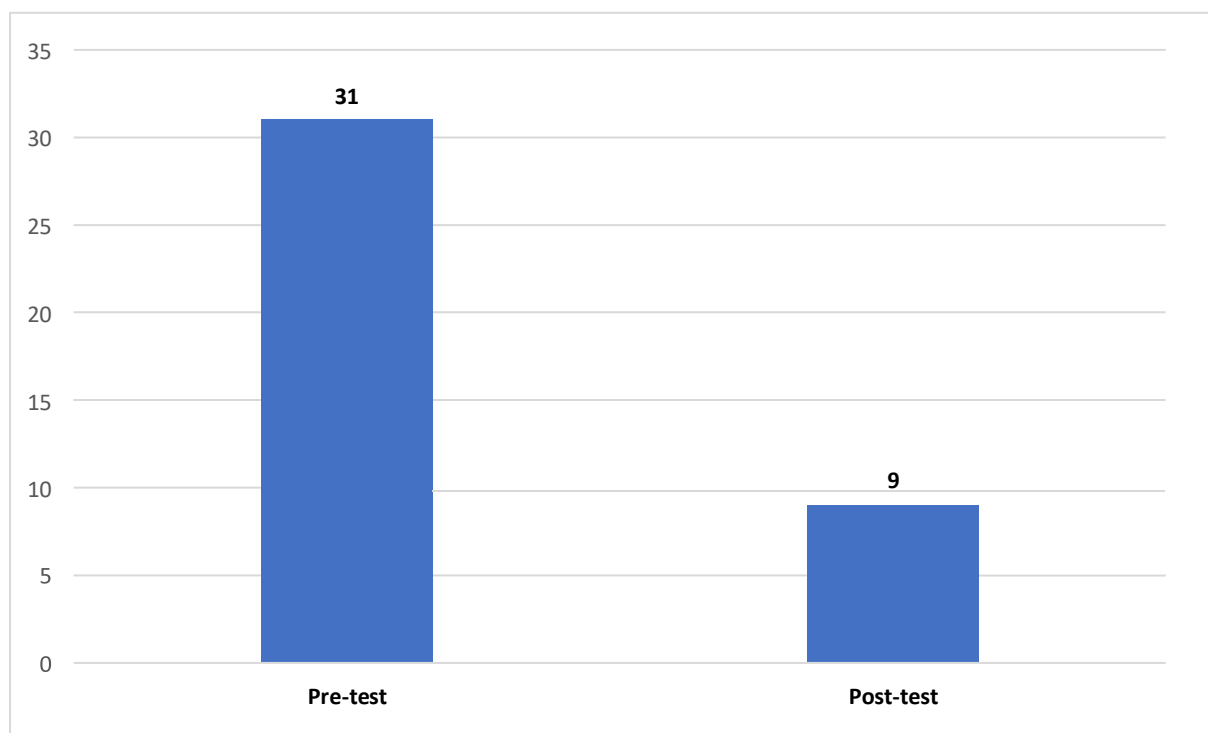
Tabla 19

Resultado pre-test y post-test

	Pre-test	Post-test
Inv. Beck	31	09
	Dep. Severa	Altibajos normales

Figura 5

Puntaje pre y post test en el inventario de depresión de Beck



Se evidencia una reducción significativa de la sintomatología depresiva de severa a niveles considerados esperados y normales.

Evaluación al finalizar el tratamiento

En este segundo momento de la evaluación, se presentan los cambios esperados, a través de la información sobre los pensamientos, emociones y conductas.

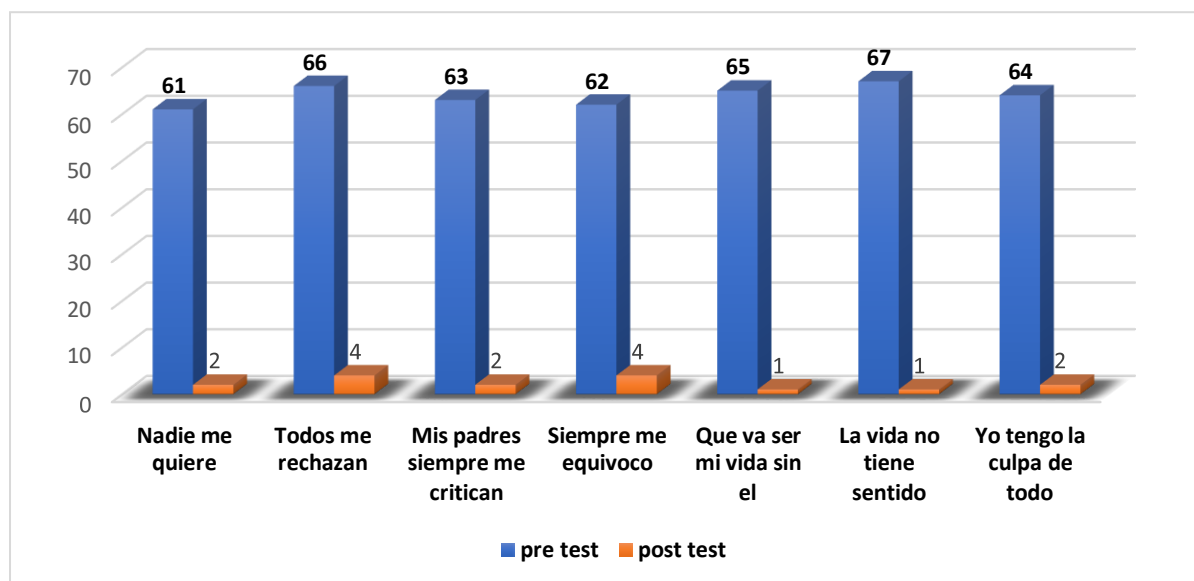
Tabla 20

Registro de frecuencia de creencias irracionales de paciente pre y post

Conducta / Problema	Periodo	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total
“Nadie me quiere”	Pre	9	8	0	8	9	10	9	61
	Post	3	2	1	1	2	2	1	2
“Todos me rechazan”	Pre	6	7	9	10	8	9	8	66
	Post	3	2	2	1	2	1	1	4
“siempre me critican mis padres”	Pre	8	9	9	8	10	10	9	63
	Post	2	2	1	2	1	2	1	2
“Siempre me equivoco”	Pre	9	7	9	6	9	10	10	62
	Post	3	1	2	1	2	1	1	4
“Que va ser mi vida sin el”	Pre	8	9	8	8	9	10	9	65
	Post	2	0	0	1	0	0	0	1
“La vida no tiene sentido”	Pre	9	8	10	10	9	7	10	67
	Post	1	1	0	0	1	1	1	1
“Yo tengo la culpa de todo”	Pre	9	8	10	10	9	7	10	64
	Post	1	1	0	0	1	1	1	2

Figura 6

Registro semanal pre-test de frecuencia de pensamiento pre y post-test (3 meses)



En la tabla 14 y la figura 7 se evidencia la disminución del sentimiento “la vida no tiene sentido” de 67 a 5, “Todos me rechazan” de 66 a 13, “Que va ser de mi vida sin el” de 65 a 7, “Yo tengo la culpa de todo” de 64 a 5, “Mis padres siempre me critican” de 63 a 11, “Siempre me equivoco” de 62 a 12 y “Nadie me quiere” de 61 a 10.

Tabla 21

Registro de frecuencia e intensidad de emociones del paciente pre y post-test

Conducta / Problema	Frec/Int	Periodo	Lun	Ma	Mie	Juev	Vie	Sab	Dom	Total/Prom
Cólera (0-10)	FIFI	Pre Post1	5	6	5	6	8	7	6	43
		Pre Post1	2	3	2	2	1	0	1	6
			6	6	5	6	7	6	7	8
			3	1	3	2	3	0	2	2
Tristeza(0-10)	FIF I	Pre Post1	6	7	7	6	6	7	8	7
		Pre	3	2	2	2	2	1	1	9
		Post1	10	9	9	8	10	9	9	10
			3	3	2	3	3	3	3	3
Ansiedad (0-10)	FIFI	Pre Post1	4	5	6	7	5	7	8	42
		Pre Post1	2	2	3	3	2	2	3	6
			6	5	8	6	9	7	7	9
			3	3	6	4	3	3	3	3

Culpa(0-10)	FFF	Pre Post1Pre	5	7	7	6	5	6	4	40
I		Post1	2	2	3	2	2	3	2	5
			6	7	5	5	6	7	6	9
			2	2	3	1	3	2	2	2

Figura 7

Registro semanal pre-test de frecuencia de pensamiento pre y post-test (3 meses)

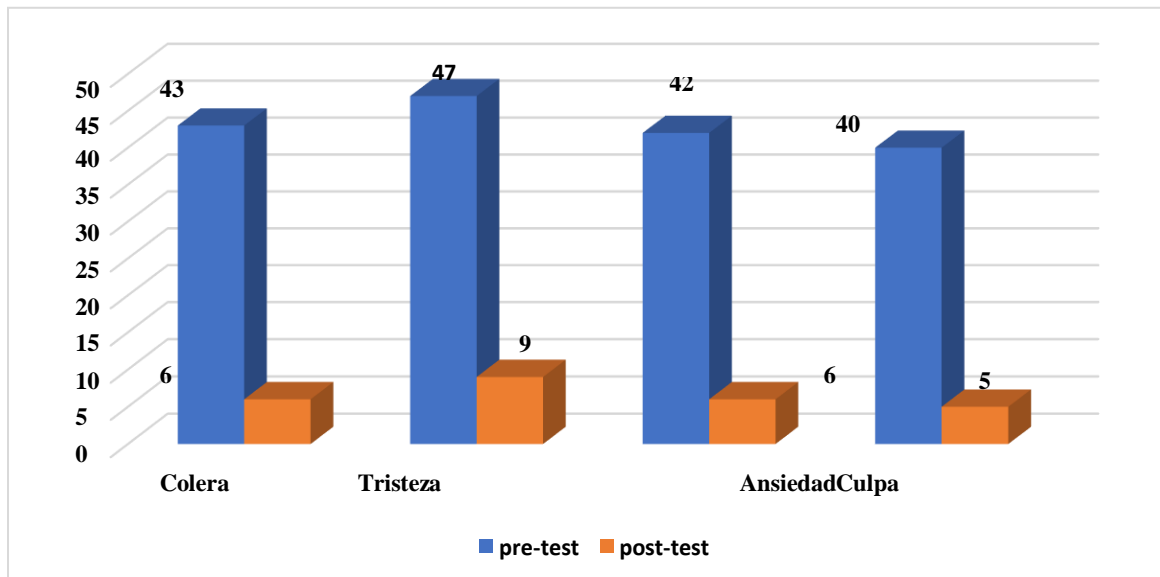
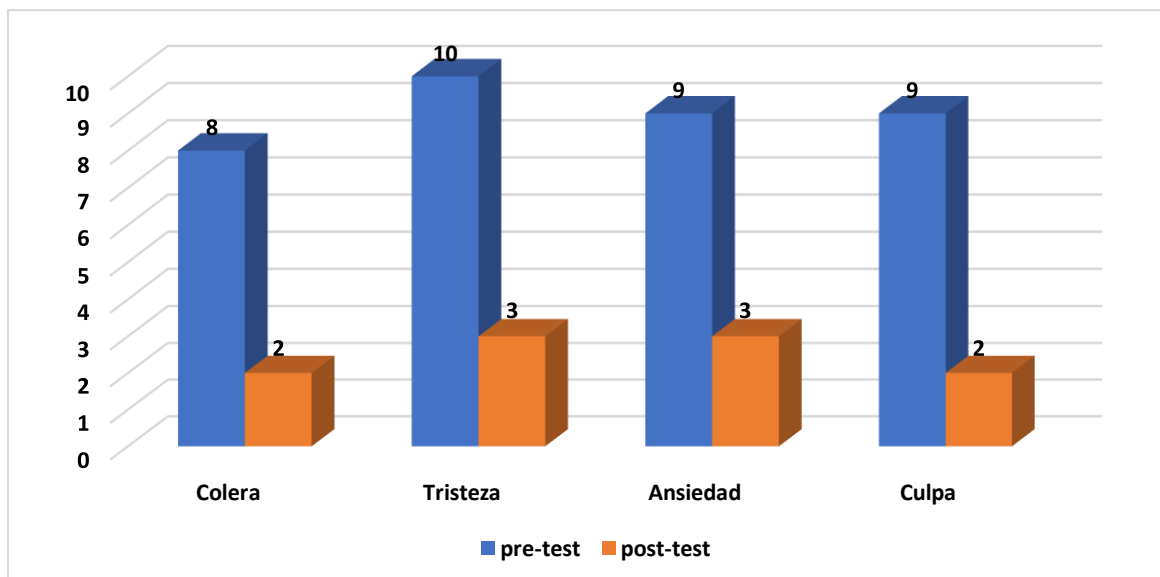


Figura 8

Semanal pre-test de intensidad de emociones pre-test y post-test (3meses)



Tal como se evidencia en la tabla 13 y en las figuras 8 y 9, existe una disminución de la frecuencia de Cólera durante la semana (pre=43 y post=11) así como la intensidad (pre=8 y post=2), respecto a la tristeza también se aprecia un descenso en la frecuencia (pre=47 y post=17) y en su intensidad (pre=10 y post=3), la ansiedad baja de frecuencia (pre=42 y post=17) y en su intensidad (pre=9 y post=3), la culpa (pre=40 y post=16) y su intensidad (pre=9 y post=2).

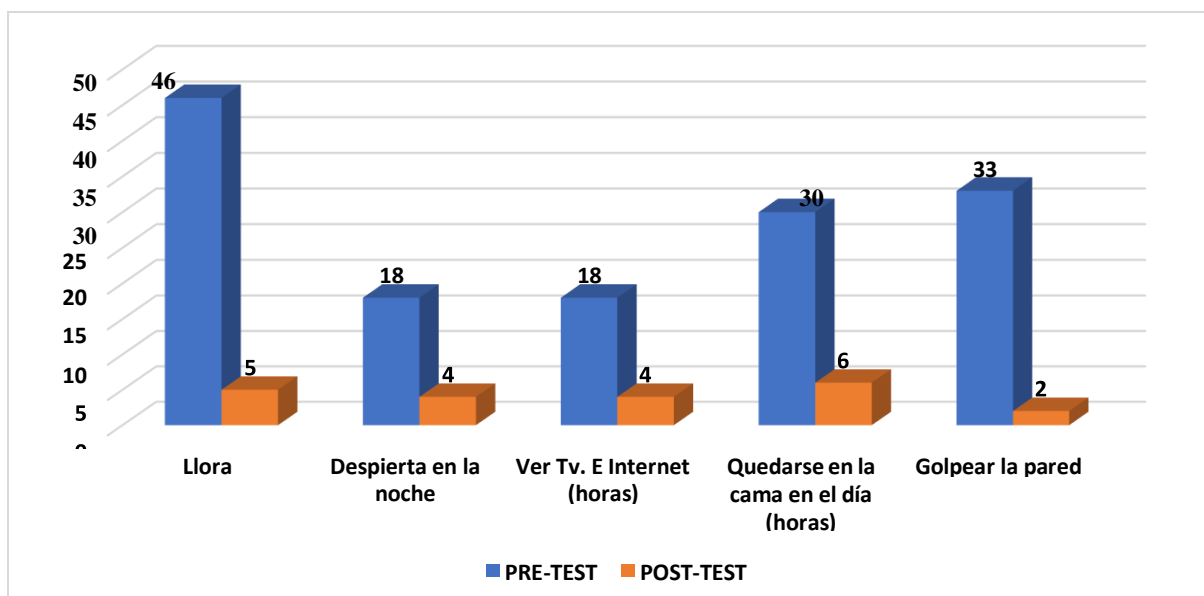
Tabla 22

Registro de frecuencia y duración de conductas pre y post test

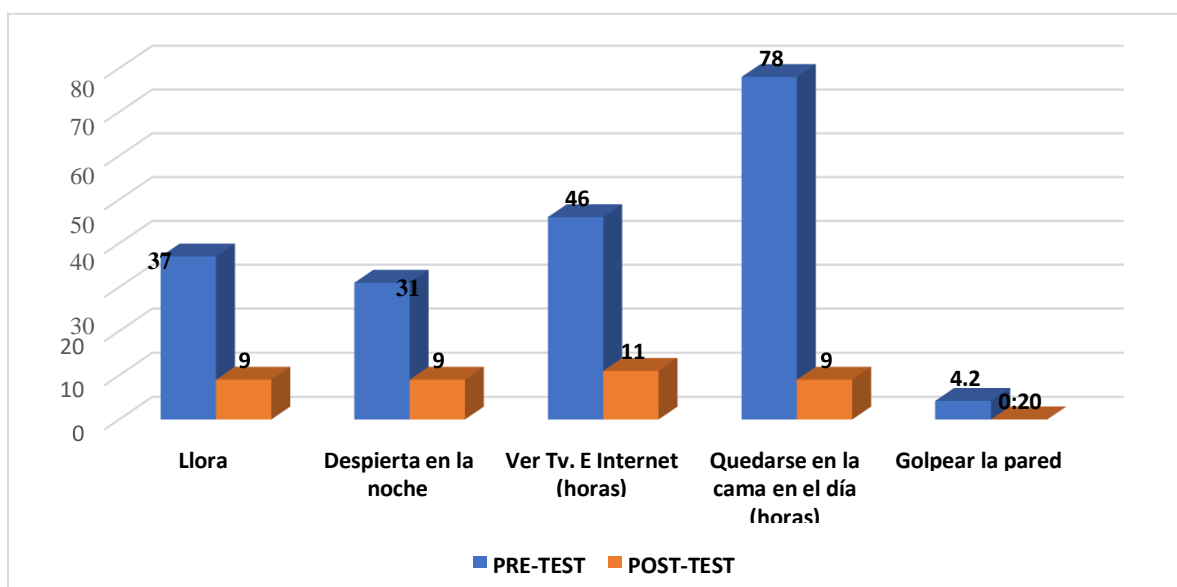
Conducta / Problema	Fre/ Dur	Periodo	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total/ Prom
Llorar	FFDPre		6	5	5	9	7	8	6	46h5h
	D Post1		1	0	1	1	0	1	1	37h9h
	Pre		44h1h	65h11h	45h01h	64h21h	44h01h	5 9h2h	66h	
	PPost1								02h	
Despierta en la noche	FFDPre		3	2	3	3	3	2	2	18h4h
	D Post1		1	0	1	0	0	1	1	31h9h
	Pre		5h1h	4h2h	4h1h	4h1h	4h1h	5h2h	5h1h	
	PPost1									
Ver Tv. Internet	eFFDPre		3	2	4	2	2	3	2	18h4h
	D Post1	Pre1	1	0	0	1	0	1	1	46h11h
	Post1		10h2h	8h21h	68h1h	55h21h	53h22h	86h22h	8 6h	22h
Quedarse en la cama en el día	FFDPre		4	5	5	3	4	5	4	30h18h
	D Post1	Pre3	3	2	3	2	1	3	4	78h9h
	Post1		10gh	115h	110h	110h	112h	115h	115h	
			4h	4h	3h	2h	1h	1h	1h	
Golpear pared	laFF	Pre	3	4	5	6	4	5	6	33h
	D D	Post1	3	3	2	2	0	0	0	10h
	Pre		60min	30min	20min	10min	15min	45min	30min	3:30h
	PPost1		25min	10min	15min	10min	0min	0min	0min	1h

Figura 9

Registro semanal de frecuencia de conducta problema pre-test y post-test (3 meses)

**Figura 10**

Registro semanal de duración de conducta problema pre-test y post-test (3 meses)



Así como se evidencia en la tabla 14 y las figuras 9 y 10, muestra una disminución de llorar de pre: 46 y post:6, y en duración pre:37 horas a post: 9 horas, despierta en la noche de 18 a 4 veces y de 31 a 9 horas, ver tv e internet de 18 a 4 veces y de 46 a 11 horas, quedarse en la cama en el día de 30 a 6 veces y de 78 a 9 horas, golpear la pared de 33 a 2 veces y de 4.2 a 0:20 minutos.

3.2. Discusión de resultados

Esta investigación tuvo como objetivo la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual en una mujer adolescente con depresión quien presenta pensamientos y sentimientos de culpa, generando en ella emociones de tristeza, ansiedad y conductas en las que tiende a aislarse. Se empleó un diseño preexperimental que incluye una evaluación de entrada, la intervención terapéutica y una evaluación de salida. Asimismo, el caso se abordó bajo el modelo cognitivo conductual.

Los resultados muestran que se logró alcanzar el objetivo principal, la evaluada disminuyó la sintomatología depresiva, iniciando con una puntuación de 31 y finalizando con un puntaje de 9, lo cual sugiere que no muestra sintomatología congruente con el trastorno depresivo; asimismo se redujo la frecuencia de creencias irracionales, siguiendo la línea base, se obtuvo puntuaciones de elevadas que se redujeron posterior al tratamiento. Estos datos concuerdan con investigaciones nacionales como las de García (2021) quien a través de su plan de intervención con enfoque cognitivo conductual logró reducir la sintomatología depresiva en su paciente; asimismo, Calderón (2020) donde resalta el uso de la psicoeducación como parte fundamental para la adherencia del tratamiento y con ello el mejor empleo de técnicas durante la sesión de intervención; a nivel internacional, Navarro (2018) redujo de 35 puntos a 9 según la escala de Beck, los síntomas depresivos en su paciente. La intervención empleando un enfoque cognitivo conductual ha mostrado resultados favorables en diversos casos de depresión (Huaynates, 2019; Flores, 2019; Sánchez, 2019; Pauth, 2019; Jadán, 2017). El principio fundamental de la terapia cognitiva conductual señala que los pensamientos son los que estructuran la forma en la que sentimos y actuamos (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017), por lo cual, si se presentan creencias irracionales constantes en el sujeto el malestar emocional se

mantendrá, debido a que no son los acontecimientos los que mantienen o generan las perturbaciones emocionales como la depresión, sino, la manera en la que percibimos esos acontecimientos (Ellis, 1984). La modificación de las creencias irracionales a creencias más adaptativas lograría el cambio en la que se experimentan las emociones y manifiestan las conductas.

El cambio de las creencias irracionales redujo el malestar emocional y redujo las conductas autolesivas en la paciente, estos datos son similares a los de Huaynates (2019) y Flores (2019), los autores resaltan que el cambio de los pensamientos mejora de manera significativa las conductas autolesivas, considerar que existen otras formas de pensar ante una situación genera conductas alternas y de autocuidado.

3.3. Seguimiento

Durante la sesión de seguimiento se pudo observar que la sintomatología depresiva se mantuvo en los mismos niveles, frecuencia e intensidad de la última sesión realizada, por lo cual, se estima que el plan de intervención sigue teniendo efecto en la paciente, sin embargo, se sugiere que durante los próximos tres meses se realice otra sesión de seguimiento.

IV. Conclusiones

1. Por medio de la aplicación de la terapia racional emotiva, se logró reducir de manera significativa la sintomatología depresiva, demostrando que la terapia cognitivo conductual genera efectos positivos para el tratamiento de la depresión.
2. Mediante la evaluación psicológica se logró identificar las creencias irracionales que mantenían la conducta problema, con ello se logró un diagnóstico sobre el malestar de la paciente.
3. Se logró entrar a la adolescente en técnicas de distracción cognitiva, identificó de manera adecuada sus creencias irracionales mediante los autorregistros y escalas.
4. Se logró disminuir la intensidad y frecuencia de las creencias irracionales, provocando el cambio de creencias mediante el debate, la evaluación lógica, empírica y ensayos conductuales, con ello se logró disminuir el malestar emocional.
5. Incrementó las conductas que mejoran su estado emocional a nivel social, familiar y personal, asimismo, se obtuvo un incremento de actividades enfocadas a la mejora del estilo de vida.

V. Recomendaciones

1. Fomentar el uso de la terapia cognitivo conductual de tal manera ayude a pacientes condepresión.
2. Proseguir ejecutando las a técnica de auto registros trabajados en las sesiones.
3. Seguir practicando las técnicas aprendidas en la sesión como: Evaluación empírica, metasfuera de lo usual y distracción cognitiva.
4. Se sugiere la implementación de sesiones educativas para los padres de familia, con el fin de poder un soporte familiar más adecuado.
5. Realizar seguimiento de evolución del paciente.

VI. Referencias

- Álvarez, R. (1992). *Para salir del laberinto*. Sal Terrae
- Bernstein, D.; Borkovec, T y Hazlet, H. (2000) New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals. *EU: Praeger Publishing*
- Calderón, Evelyn (2020) *Intervención cognitivo conductual para una mujer adulta con depresión* [Tesis de especialidad, Universidad Federico Villareal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4654>
- Coaquira, Y. y Ticona, I. (2018) *Creencias irracionales y depresión en internas del establecimiento en mujeres de la ciudad de Lampa – 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/1218>
- Dryeden, W. y Ellis, A. (1989) *Práctica de la terapia racional emotiva. Desclée de Brouwer: Madrid*
- Díaz, M.; Ruiz, A. y Villalobos, A. (2017) *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer: Madrid*.
- Ellis, A. (1957) Reason and emotion in psychotherapy. NY: Lyle Stuart. (Traducción: Razón y emoción en psicoterapia, Desclée De Brouwer, 1980).
- Ellis, A. (1977). Fun as psychotherapy. *Rational Living*, 12 (1), 2-6. Ellis, A. (1979a). The theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y J.M. Whiteley (Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole. 33-60
- Ellis, A. (1956). The effectiveness of psychotherapy with individuals who have several homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 191-195. <https://doi.org/10.1037/h0044762>
- Ellis, A. (1984). Discomfort anxiety: A new cognitive behavioral construct: Part I. *Rational Living*, 14(2), 3-8. <https://albertellis.org/wp-content/uploads/2021/09/Discomfort-Anxiety-A-New-Cognitive-Behavioral-Construct-1.pdf>
- Ellis, A. (1995). Rational-emotive therapy (RET) approaches to overcoming resistance: IV. Handling special kinds of clients. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 26-42. <https://psycnet.apa.org/record/2010-10108-008>
- Flores, V. (2019). *Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo - conductual en un caso de depresión en la adolescencia temprana, Perú*. [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5567>
- García, Vanessa (2021) *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual de un caso*

- de trastorno depresivo recurrente con rasgos de personalidad dependiente*. [Tesis de especialidad, USMP]. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/9177>
- Gamarra, A., y Vela, M. (2020). *Primeras evidencias psicométricas del inventario de pensamientos automáticos (IPA) en universitarios peruanos*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/653304/GAMARRA_RA.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Gonzales, A. (2012) *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro*. [Tesis de licenciatura, Universidad Wiener]. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/67>
- Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., y Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 8(1), 15-28., de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-18332017000100015&lng=es&tlng=es.
- Huaynates, M. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual en una mujer adulta depresiva con sentimientos de culpa, Lima, Perú*. [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3489>
- Inofuente, A. (2019). *Efectos del Programa TECACOG (Técnicas Clínico Activas y Cognitivas) en Adolescentes con Depresión del Centro de Salud Callalli, en la provincia de Caylloma, Arequipa, Perú*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9480>
- Jadán, C. (2017). *Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja, periodo 2014-2015, Ecuador*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Loja]. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>
- Menarguez, V., García, P., y García, B. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 3(1), 45-52. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/antonmenarguez_et_al_2016_tcc_depresion_adolescente_tardia.pdf
- Ministerio de salud del Perú (2018). Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2020) Depresión, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Plaud, J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1089-1102. <https://doi.org/10.1002/jclp.1125>
- Montoya, H. (2020). *Trastorno Depresivo en Adolescentes en un Hospital Estatal en el Distrito de San Juan de Miraflores 2020, Perú*. [Tesis de Suficiencia Profesional, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/5425/TRSUFICIENCIA_MONTOYA%20S%c3%81NCHEZ%20HELIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único, Barranquilla, Ecuador*. [Tesis de Maestría, Universidad del No <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8271/133881.pdf?sequence=1>
- Pauth, M. (2019). *Terapia cognitiva conductual en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo persistente, Perú*. [Tesis de Maestría, Universidad del Norte de Barranquilla]. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9255/141108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez, Betty (2019) Estudio de caso clínico: programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de depresión en una adolescente con rasgos de personalidad esquizoide [Tesis de pregrado, USMP] Repositorio USMP. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5571>
- Tateishi, V. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Lima, Perú. Repositorio PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/1182>
- Vásquez, M. (2021). *Programa de intervención cognitivo conductual para usuarios diagnosticados con depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario Tumbes, 2020, Perú*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/58106/V%c3%a1squez_VME-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y